

登園確認書

平成 年 月 日

組名 _____

園児名 _____

病名 _____

上記の園児は、登園してもさしつかえない状態になったことを
下記の病院・医院の医師より確認いたしました。

医療機関（医師）名 _____

電話 _____

保護者住所 _____

氏名 _____ 印 _____

下記の感染症は、登園許可書は必要ありませんが、医師の診断が必要です。

病名	登園の目安
ヘルパンギーナ	発熱がなく（解熱後 24 時間以上経過し）、普段の食事ができること
手足口病	
伝染性紅斑	全身状態がよいこと
突発性発疹	解熱し全身状態が良いこと
アタマジラミ・水いぼ・伝染性膿痂疹（とびひ）その他の感染性疾患については、医師の指示に従ってください。	