

登園確認書

令和 年 月 日

組名 _____

園児名 _____

病名 _____

医療機関名 _____

登園してもさしつかえない状態になったことを、上記の医療機関の医師より確認いたしました。

保護者氏名 _____

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)、口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
手足口病	
伝染性紅斑	全身状態が良いこと
突発性発疹	解熱し機嫌がよく、全身状態が良いこと
感染性胃腸炎・胃腸炎 症状 2 回以上の嘔吐又は下痢(軟便) / 24 時間	最後の嘔吐又は下痢(軟便)の症状から 24 時間を経過し、普段の食事ができること
溶連菌感染症	抗菌薬内服後 24～48 時間経過していること
RS ウイルス感染症	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳がおさまっていること
帯状疱疹	すべての発疹が痂皮化(かさぶた)していること
アタマジラミ・水いぼ・伝染性膿痂疹(とびひ)・ウイルス性肝炎、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。	