

登園許可証 (医師記入)

園児名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和6年11月改訂

○印	病名	出席停止期間の基準
	麻疹 (はしか)	解熱後3日を経過するまで
	風しん	発疹が消失するまで
	水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
	咽頭結膜熱(プール熱)	主な症状が消え2日経過するまで
	アデノウイルス感染症	医師により感染の恐れがないと認められていること
	流行性角結膜炎	感染力が非常に強いため結膜炎の症状が消失するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療を終了するまで
	腸管出血性大腸菌感染症 (O-157、O-26、O111 等)	医師により感染の恐れがないと認められていること(無症状病原体保有者の場合、トイレでの排泄が確立している5歳以上の小児については出席停止の必要はなく、5歳未満の子どもについては2回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能である)
	結核・急性出血性結膜炎 髄膜炎菌性髄膜炎	医師により感染の恐れがないと認められていること

八尾市社会福祉協議会
おひさまこども園園長様

上記感染症が軽快し、集団生活に支障がないと認めたので、

月 _____ 日より登園を許可します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

電話番号：

医師名：

印