

平成 年 月 日

各 医療機関 様

社会福祉法人 鶴伸会
かこのこ保育園
園長 橋本 奈美

登園開始許可証明書について（依頼）

平素より乳幼児保育にご理解、ご協力いただき厚く感謝申し上げます。

さて、保育園では、伝染の恐れとなる疾患にかかった場合には、完全に治癒するまでの間、登園しないようお願いしております。

つきましては、伝染の恐れのある疾患にかかり、貴殿の機関(病院)で治療を受けている乳幼児の保護者から登園開始証明書の依頼がありましたら、お手数でも下記証明書を発行下さるようお願い致します。

登園開始許可証明書

社会福祉法人 鶴伸会
かこのこ保育園

クラス

氏名

上記の者、下記の病名について伝染の恐れのないことを証明し、登園を許可する。

記

病名 (□ 印)

☆ 学校保健法第1種の伝染病

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> エボラ出血熱 | <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 | <input type="checkbox"/> 痘そう | <input type="checkbox"/> 南米出血熱 |
| <input type="checkbox"/> ペスト | <input type="checkbox"/> マールブルグ病 | <input type="checkbox"/> ラッサ熱 | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 |
| <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ポリオ) | <input type="checkbox"/> ジフテリア | <input type="checkbox"/> 腸チフス | <input type="checkbox"/> パラチフス |
| <input type="checkbox"/> コレラ | <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(H5N1) | |
| <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る) | | | |

☆ 学校保健法第2種の伝染病

- | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ、ムンプス) | | <input type="checkbox"/> 風疹 |
| <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 | <input type="checkbox"/> 結核 |

☆ 学校保健法第3種の伝染病

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病 | | |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) | <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症 |
| <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 |
| <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 | <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) |

その他 ()

平成 年 月 日

住所

医師氏名

印