登 園 許 可 証

園 児 名		男　女
生年月日	平成　　年　　月　　日	歳
幼稚園名	中 野 幼 稚 園	

病　名 （該当する項目に○印をつけてください）	①　インフルエンザ ②　百日咳 ③　麻疹（はしか） ④　水痘（水ぼうそう） ⑤　風疹（三日ばしか） ⑥　流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ） ⑦　流行性角結膜炎 （はやり目） ⑧　咽頭結膜熱（プール熱） （アデノウイルス感染症） ⑨　結核 ⑩　腸管出血性大腸炎	⑪　溶連菌感染症 ⑫　手足口病 ⑬　伝染性紅斑（りんご病） ⑭　アタマジラミ ⑮　マイコプラズマ肺炎 ⑯　感染性胃腸炎 （ノロウイルス感染症） （ロタウイルス感染症） （アデノウイルス感染症）　など ⑰　ヘルパンギーナ ⑱　髄膜炎菌性髄膜炎 ⑲　その他 （　　）
	連絡事項：	

上記疾病による出席停止は（　　）月（　　）日～（　　）月（　　）日です。

（　　）月（　　）日から登園してもよいと認めます。

平成　　年　　月　　日

病・医院名

住　所

医師名　　㊞

平成３０年１月１８日改定