主治医および保護者　様

佐倉市登園許可証明書

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。園児の健康の回復、感染拡大防止の観点から、下記の感染症について登園許可証明書の提出をお願いいたします。

（保護者記入）

保育園名：　　保育園	クラス：	氏名：

（医師記入）

該当疾患に○	病　名	登園停止期間の基準 ※以下の基準に基づき、医師が判断する
	インフルエンザ	発症した日の翌日から５日を経過し、かつ、解熱した日の翌日から３日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで又は５日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	麻疹（はしか）	解熱した後３日を経過するまで
	流行性耳下腺炎 （おたふく）	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現したのち５日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
	水痘（水ぼうそう）	全ての発疹がかさぶたになるまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後２日を経過するまで
	結核	医師が感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	同　上
	腸管出血性大腸菌感染症	同　上
	流行性角結膜炎（はやり目）	同　上
	その他の感染症 （　　）	

上記の疾患で平成　　年　　月　　日から療養中のところ、現在症状が軽快し他児への感染のおそれはないと判断したので平成　　年　　月　　日から登園してよい事を証明します。

保育園生活における注意事項
（　　）

証明日：平成　　年　　月　　日　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【担当】佐倉市役所　子育て支援課　電話　４８４－６４１５