



登 校 許 可 書

Little Angels International School (Kindergarten)

Name of Student _____

Date of Birth _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

該当疾患に○印をつけてください。

疾患名	登校(園)停止期間の基準 *以下の基準に基づき、主治医が判断する
麻疹 (はしか) Measles	解熱後3日を経過するまで
インフルエンザ Influenza	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで
風しん (三日ばしか) Rubella	発しんが消失するまで
水痘 (みずぼうそう) Chicken pox	すべての発しんが、かさぶたになるまで
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)Mumps	耳下腺、顎下腺又は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
急性灰白髄炎 (ポリオ) Polio	急性期の主な症状が消失するまで
咽頭結膜熱 (プール熱) Pharynx conjunctiva fever	主な症状が消失した後2日経過するまで
流行性角結膜炎 (はやり目) Conjunctivitis	医師により感染のおそれがないと認められるまで
百日咳 Whooping Cough	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
手足口病 : Hand-Foot-Mouth disease	医師により感染のおそれがないと認められるまで
腸管出血性大腸菌感染症 (O157など)	医師により感染のおそれがないと認められるまで
溶連菌感染症 Hemolytic Streptococcal infection	抗菌薬服薬後24~48時間経過し、発熱、発疹等の症状が回復するまで
伝染性膿痂疹 (とびひ) Impetigo	皮疹 (ひしん) が乾燥していること。医師の指示に従う
ヘルパンギーナ Herpangina	医師により感染のおそれがないと認められるまで

上記の疾患で _____ 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、 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園をしてよいことを証明します。

* 学校または幼稚園生活での注意事項

(_____)

証明日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____

印 _____