

登園ねがい

組 _____ は

_____ 月 _____ 日 に (病院名) _____ で指定伝染病にかかっているとの診断をう
けましたが

以下の理由で登園いたします。(A か B を選択して○をつけてください)

※新型インフルエンザへの感染の疑いがある場合は、必ず医師の診断をうけてから登園願います。

※以下の指定伝染病になると出席停止となります。

A 出席停止期間を経過した場合

次のとおり出席停止期間が過ぎ、伝染のおそれなくなりましたので、登園いたします。(○で囲んでください) ※必ず登園前に担任か看護師に相談してください。

1. インフルエンザ (季節性) 発症後 5 日間かつ解熱後 3 日間
2. 百日咳き 特有の咳の消失または、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
3. 麻疹 (はしか) 解熱した後 3 日間
4. 流行性耳下腺炎 (おたふく) 耳下腺、顎下線又は舌下線の腫脹 (はれ)
が現れてから 5 日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。
5. 風疹 発疹の消失
6. 水痘 (みずぼうそう) すべての発疹の痂皮 (かさぶた) 化
7. 咽頭結膜熱 (プール熱) 主要症状が消退した後 2 日間
8. 流行性角結膜炎 (はやり目) 医師より感染のおそれがないと認められるまで
(学校保健法施行規則第 19 条)

○病院へ行くことができない特別な理由

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(保護者証明欄) 保護者氏名

印