

保護者様

_____さんの疾病（ ）は
感染症であり、法令または規則によって、医師の許可がある
まで園へ出席してはいけないことになっています。
疾病が治癒しましたら、右記の「治癒証明書・登園許可書」
に医師の証明を受けて、園へ提出してください。

疾病名	出席停止の期間
百日せき	特有の咳が消失、または 5 日間の 抗菌剤服用による治療が終わるまで。
麻疹（はしか）	解熱後 3 日を経過するまで。
流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	耳下腺、顎下線または舌下線のはれが 現れた後 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）	すべての発疹がかさぶたになるまで。
咽頭結膜熱（プール熱）	症状が消退後 2 日を経過するまで。
結核	医師が伝染のおそれがないと認めるまで。
髄膜炎菌性髄膜炎	医師が伝染のおそれがないと認めるまで。

* 溶連菌感染症・ヘルパンギーナ・マイコプラズマ感染症・手足口病・
りんご病等は出席停止の期間は定められていません。医師の許可または
判断で登園するようにしてください。（欠席扱いになります。）

星の城幼稚園

治癒証明書・登園許可書

組 氏名

疾病名	
治療期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日

上記のものは疾病が治癒、または感染のおそれがないと
認めたので、登園してもよいことを証明します。

令和 年 月 日

医師名または
病 院 名

印