

# 登園許可証明書

令和 年 月 日

令和 年 月 日 下記の通り診断いたしましたことを証明いたします。

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1 インフルエンザ                                  | 10 伝染性膿痂疹（とびひ）   |
| 2 百日咳                                      | 11 溶連菌感染症        |
| 3 麻疹（はしか）                                  | 12 手足口病          |
| 4 風疹                                       | 13 マイコプラズマ肺炎     |
| 5 水痘（水ぼうそう）                                | 14 ヘルパンギーナ       |
| 6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）                          | 15 RSウイルス感染症     |
| 7 流行性角結膜炎                                  | 16 帯状疱疹（ヘルペス）    |
| 8 咽頭結膜熱（プール熱）                              | 17 伝染性紅斑（りんご病）   |
| 9 感染性胃腸炎<br>（ノロウイルス<br>ロタウイルス<br>アデノウイルス等） | 18 その他<br>（<br>） |

◎ かかった病気に○をつけてください。

志木市立

保育園

組

園児氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、令和 年 月 日 から登園して差し支えないことを証明いたします。

病院名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 印

志木市福祉事務所長 様

※連絡事項や注意事項がありましたらご記入ください。