

登所許可証明書

児童発達支援センターしろくま
施設長 様

児童氏名

生年月日 年 月 日

該当疾患に☑をお願いいたします。

<input type="checkbox"/>	麻しん（はしか）
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	風しん（三日はしか）
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血大腸菌感染症（O157、O26、O111等）
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

症状が回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登所可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

- ・上記の感染症について、医師により集団生活に支障がないと判断され登所を再開する際には、医師が記載した「登所許可証明書」を児童発達支援センターしろくままで提出してください。
- ・必ずしも治癒の確認の必要はなく、症状の改善が認められた段階で記載することが可能です。
- ・感染症の集団発症や流行を防ぐことができるよう、ご協力をお願いいたします。