

保護者様

令和 年 月 日

組 氏名

学校法人富士見幼稚園

園長 永田 則子

伝染病による出席停止のお知らせ

下記の疾病（○印）または、その疑いがありますので連絡いたします。
つきましては、学校保健安全法第19条の規定に準じ、出席を停止してください。完治しましたら、下記の登園証明書に、医師の証明印をいただき幼稚園に提出してください。

記

○印	理由（疾病名）	出席停止の期間（医師が認めた期間とする）
	百日咳	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
	麻疹（はしか）	解熱した後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、顎下腺また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
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹がかさぶた化するまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核	病状により園医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により園医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
	腸管出血性大腸菌感染症	症状が治まり抗菌薬による治療が終了後、48時間あけて連続2回の検便によっても菌陰性が確認されるまで
	流行性角結膜炎（はやり目）	感染力が非常に強いいため結膜炎の症状が消失するまで
	その他（ ）	

※ 学校保健安全法第19条とは・・・学校長は伝染病にかかっている者、疑いのある者、おそれのある者について、出席停止をさせることができます。

※ その他の感染症は必要があれば、園医の意見を聞き、出席停止の措置をとることがあります。

きりとりせん

富士見幼稚園 園長様

登園許可証明書

組 氏名

病名

停止期間 月 日から 月 日まで

上記の者の病気は治癒し、登園をしても差しつかえないものと認めます。

令和 年 月 日

医師名

印