

出席停止届 (登園再開願)

園長印

／／

学校法人 聖徳幼稚園 園長 殿

医療機関より、下記の疾病治癒の判断を頂きましたので出席停止届と登園再開願を提出します。

枠内は医療機関に記入してもらうこと。

医療機関名・所在地

医師の示す出席停止期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)

伝染病の種類と出席停止期間 (該当する疾病にレをご記入ください。)

	対象疾病	出席停止期間の基準	
第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	治癒するまで	
	<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ熱		
	<input type="checkbox"/> ペスト		
	<input type="checkbox"/> マールブルグ病		
	<input type="checkbox"/> ラッサ熱		
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎		
	<input type="checkbox"/> コレラ		
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢		
	<input type="checkbox"/> ジフテリア		
	<input type="checkbox"/> 腸チフス		
第二種	<input type="checkbox"/> パラチフス	発熱後5日かつ解熱後3日を経過するまで	
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ		5日間の投薬を完了し、特有の咳が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 百日咳		解熱後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)		耳下腺などの腫脹発現後5日経過し消失するまで
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎		発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 風疹		すべての発疹が痂皮化するまで
	<input type="checkbox"/> 水痘(水疱瘡)		症状消退後、感染のしないと医師が判断するまで
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎		感染の恐れがないと医師が判断するまで
第三種	<input type="checkbox"/> 結核	伝染のおそれなくなるまで	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症		
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎		
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎		
	<input type="checkbox"/> その他(病名:)		

くみ 園児名

生年月日 年 月 日生

提出日 年 月 日

保護者名

印