

登所許可証

(医師記入)

新座市児童発達支援センター所長宛て

児童氏名 _____

_____年 _____月 _____日生

(病名) (該当疾患に をお願いします。)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹 (はしか) ※ |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ※ 発症日 _____月 _____日 解熱日 _____月 _____日 |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症※ 発症日 _____月 _____日 |
| <input type="checkbox"/> | 風しん |
| <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"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 (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。

令和 _____年 _____月 _____日から登所可能と判断します。

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

※ 必ずしも治癒の確認は必要ありません。登所許可証は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

・ かかりつけ医の皆様へ

児童発達支援センターは、医療的ケア児を含む乳幼児が集団で活動を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできる限り防ぐことで、一人一人のお子さんが快適に活動できることを念頭に、登所許可証の記入をお願いします。

・ 保護者の皆様へ

上記の感染症について、お子さんの症状が回復し、医師に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、この「登所許可証」をセンターに提出してください。