

(医師記入：Only doctors can fill in)

## 登園許可証

### Written Approval to Return to School

ステップインターナショナルスクール 殿  
Dear STEP International School,

児童氏名

Child's Name \_\_\_\_\_

生年月日

Birthday(YY/MM/DD) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 生

【病名】 ※該当疾患に丸をお願いします。Please check the applicable disease.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹（はしか） Measles                        |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ（ 型） Influenza                  |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス COVID-19                     |
| <input type="checkbox"/> | 風しん Varicella, Chicken Pox             |
| <input type="checkbox"/> | 水痘（水ぼうそう） Rubella                      |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） Mumps                  |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱（プール熱） Pharyngoconjunctival fever |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 Epidemic kerat conjunctivitis  |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ） Others _____              |

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日に診療し（初診日）、症状も回復したため、集団生活に支障がない状態となりました。\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より登園可能と判断します。

I certify that the condition of the subject who has been absent due to suffering from an infectious disease listed above meets the criteria for their return to school. The first consultation date and the first day of their return to school are written above.

Today's date (YY/MM/DD)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名

Medical Institution's Name \_\_\_\_\_

医師名

Physician's Name \_\_\_\_\_

※医師の皆様へ Dear physicians,

スクールは、幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行を出来るだけ防ぐためにも、上記の感染症について登園許可証のご記入をお願い致します。

The school is a place where children spend a long time together. To prevent mass infection as much as possible, please fill in this document about any of the infectious diseases above.