

登園届 (保護者記入)

_____ 保育園

_____ 児童氏名 _____

【病名】 該当疾患に をお願いします。

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

【医療機関名】 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日受診) において

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、

_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

印またはサイン

保護者名 _____

意見書 (医師記入)

保育園

児童氏名

【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
<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)
<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)

症状も回復し、集団生活に支障が無い状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

ゴム印可

医師名