

登園届

園児氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(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"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	

(医療機関名) _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日受診)において症状が回復し、
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 _____ 保護者名 _____