

登園届 (保護者記入)

*下記の疾患の場合には提出してください

| | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| 園児氏名 | (組) | |
| 受診医療機関 | | |
| 受診日 | 令和 年 月 日() | |
| 病名 | *該当疾患に○を付けてください | |
| | <input type="checkbox"/> | 感染性胃腸炎(ノロウイルス) |
| | <input type="checkbox"/> | 感染性胃腸炎(ロタウイルス) |
| | <input type="checkbox"/> | ウイルス性咽頭炎(ヘルパンギーナ) |
| | <input type="checkbox"/> | 手足口病 |
| | <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"/> | 溶連菌感染症 |
| | <input type="checkbox"/> | 突発性発疹 |
| | <input type="checkbox"/> | 麻疹(はしか) |
| | <input type="checkbox"/> | 風疹 |
| | <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"/> | 流行性感冒(インフルエンザ) |
| | <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症(COVID-19) |
| | <input type="checkbox"/> | RSウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> | ヒトメタニューモウイルス感染症 | |
| <input type="checkbox"/> | 伝染性紅斑(りんご病) | |
| <input type="checkbox"/> | Hib(ヒブ)感染症 | |
| <input type="checkbox"/> | その他() | |
| 療養期間 | 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()【日間】 | |
| 治癒確認欄 | 病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断しましたので、 令和 年 月 日()より登園いたします。 令和 年 月 日() 保護者氏名 _____ 印 | |