

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																																							
		<table border="1"> <tr><td></td><td>感染性胃腸炎(ノロウイルス)</td></tr> <tr><td></td><td>感染性胃腸炎(ロタウイルス)</td></tr> <tr><td></td><td>ウイルス性咽頭炎(ヘルパンギーナ)</td></tr> <tr><td></td><td>手足口病</td></tr> <tr><td></td><td>咽頭結膜熱(プール熱)</td></tr> <tr><td></td><td>流行性角結膜炎</td></tr> <tr><td></td><td>溶連菌感染症</td></tr> <tr><td></td><td>突発性発疹</td></tr> <tr><td></td><td>麻疹(はしか)</td></tr> <tr><td></td><td>風疹</td></tr> <tr><td></td><td>水痘(水ぼうそう)</td></tr> <tr><td></td><td>流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)</td></tr> <tr><td></td><td>流行性感冒(インフルエンザ)</td></tr> <tr><td></td><td>新型コロナウイルス感染症(COVID-19)</td></tr> <tr><td></td><td>RSウイルス感染症</td></tr> <tr><td></td><td>ヒトメタニューモウイルス感染症</td></tr> <tr><td></td><td>伝染性紅斑(りんご病)</td></tr> <tr><td></td><td>Hib(ヒブ)感染症</td></tr> <tr><td></td><td>その他()</td></tr> </table>		感染性胃腸炎(ノロウイルス)		感染性胃腸炎(ロタウイルス)		ウイルス性咽頭炎(ヘルパンギーナ)		手足口病		咽頭結膜熱(プール熱)		流行性角結膜炎		溶連菌感染症		突発性発疹		麻疹(はしか)		風疹		水痘(水ぼうそう)		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		流行性感冒(インフルエンザ)		新型コロナウイルス感染症(COVID-19)		RSウイルス感染症		ヒトメタニューモウイルス感染症		伝染性紅斑(りんご病)		Hib(ヒブ)感染症		その他()
		感染性胃腸炎(ノロウイルス)																																						
		感染性胃腸炎(ロタウイルス)																																						
		ウイルス性咽頭炎(ヘルパンギーナ)																																						
		手足口病																																						
		咽頭結膜熱(プール熱)																																						
		流行性角結膜炎																																						
		溶連菌感染症																																						
		突発性発疹																																						
		麻疹(はしか)																																						
		風疹																																						
		水痘(水ぼうそう)																																						
		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)																																						
		流行性感冒(インフルエンザ)																																						
		新型コロナウイルス感染症(COVID-19)																																						
		RSウイルス感染症																																						
		ヒトメタニューモウイルス感染症																																						
		伝染性紅斑(りんご病)																																						
		Hib(ヒブ)感染症																																						
	その他()																																							
療養期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()【日間】																																							
治愈確認欄	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日()</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 (印)</p>																																							