

登 園 届

(保護者記入)

保育所型認定こども園園長殿

入所園児名：_____

_____年 月 日 生

(病名) 該当疾患にをお願いします。

<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<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(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎(ノロ・ロタ・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

保護者氏名_____

※保護者の皆さまへ

登園停止期間を参考に、かかりつけ医の指示に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

意見書

(医師記入)

保育所型認定こども園園長殿

入所園児名：_____

_____年 月 日 生

(病名) 該当疾患にをお願いします。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症

病状も回復し、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いたします。

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

※かかりつけ医の皆さまへ

上記の感染症について意見書の記入をお願いします。