

登園届(保護者記入)

園長 殿

下記感染症発症日 年 月 日

児童名

年 月 日 生

(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、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"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	伝染性軟属腫(みずいぼ)
<input type="checkbox"/>	アタマジラミ症
<input type="checkbox"/>	ヒトメタニューモウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	※ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染症)

・集団生活に支障がない状態と判断しました(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

※(医療機関名) _____ (年 月 日受診)に
おいて症状が回復し登園しても差し支えないと判断いただきました。

※印部分に記載が必要なものは、ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染症)のみ
で結構です。