

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）

☐	溶連菌感染症
☐	マイコプラズマ肺炎
☐	手足口病
☐	伝染性紅斑（りんご病）
☐	感染性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノウイルス等）
☐	ヘルパンギーナ
☐	RS ウイルス感染症
☐	帯状疱疹
☐	突発性発しん
☐	伝染性膿痂疹（とびひ）
☐	伝染性軟属腫（みずいぼ）
☐	アタマジラミ症
☐	ヒトメタニューモウイルス感染症
☐	※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。