

登 園 届

社会福祉法人ゆうあい会
こども園 いしはら

園児名 _____

病 名(該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹
<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"/>	結核
<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"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症(0157. 026. 0111 等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌髄膜炎)

<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)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	带状疱疹疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	頭虱症(あたまじらみ)
<input type="checkbox"/>	その他()

出席停止期間：令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

病状が回復し、

〔医療機関 _____〕において、

集団生活に支障がない状態と判断されましたので、 月 日から登園します。

尚、この件に関して、対面または書面等で病状を上記医療機関に問い合わせる
ことを認めます。

令和 年 月 日

保護者名 _____ (自署)