

登園届(保護者記入)

子ども氏名 _____

〔病名〕

溶連菌感染症	手足口病	ヘルパンギーナ
無菌性髄膜炎	伝染性紅斑(リンゴ病)	ウイルス性胃腸炎
急性細菌性腸炎	マイコプラズマ感染症	RSウイルス感染症
ヒトメタニューモウイルス感染症		パラインフルエンザウイルス感染症
肺炎クラミドフィラ感染症	インフルエンザ菌b型感染症	肺炎球菌感染症
サイトメガロウイルス感染症	E Bウイルス感染症	ライノウイルス感染症
単純ヘルペスウイルス感染症	帯状疱疹	日本脳炎
A型肝炎	B型肝炎	C型肝炎
突発性発疹	ボツリヌス症	ネコひっかき病
デング熱	重症熱性血小板減少症候群	伝染性膿痂疹(とびひ)
その他()		

平成 年 月 日 医療機関名「 _____ 」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

月 日より登園いたします。

【登園後の注意事項】

.....
.....

保護者氏名 _____ 印又はサイン

所長	児童発達支援 管理責任者	看護師	担当