

登園届

保育所

クラス 児童名

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻しん (はしか)
<input type="checkbox"/>	風しん
<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・アデノウイルス)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎 (アデノウイルス)
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111 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 (髄膜炎菌性髄膜炎)

医療機関のゴム印

(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。

年 月 日より登園いたします。

保護者名

登園届

保育所

クラス 児童名

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻しん (はしか)
<input type="checkbox"/>	風しん
<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・アデノウイルス)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎 (アデノウイルス)
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111 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 (髄膜炎菌性髄膜炎)

医療機関のゴム印

(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。

年 月 日より登園いたします。

保護者名

キ
リ
ト
リ