

(様式 1)

登園許可証

園児名 _____

_____年 _____月 _____日生

病名(該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ(_____ 型)
<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"/>	咽頭結膜炎(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(髄膜炎菌性髄膜炎)
<input type="checkbox"/>	その他(_____)

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

_____年 _____月 _____日から登園可能と判断します

_____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

(様式 2)

<登園届>

園児名 _____

_____年 _____月 _____日生

病名(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 (ノロウイルス、ロタウイルス、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"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	その他 (_____)

(医療機関名) _____

(_____年 _____月 _____日受診)において症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので

_____年 _____月 _____日から登園いたします。

_____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____