

医師が意見書を記入してください。

# 登園届

大原野こども園殿

クラス \_\_\_\_\_ 児童名 \_\_\_\_\_

(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"/> | 風しん                            |
| <input type="checkbox"/> | 水痘 (水ぼうそう)                     |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺 じ か せ ん 炎 (おたふくかぜ、ムンプス) |
| <input type="checkbox"/> | 結核                             |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭 いんとう 結膜熱 (プール熱)             |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角 かく 結膜炎                    |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 せき                         |
| <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"/> | 侵襲性髄髄 膜炎菌感染症 (髄髄 膜炎菌性髄髄 膜炎)    |

医師の診断を受け、保護者が記入してください。

# 登園届

大原野こども園殿

クラス \_\_\_\_\_ 児童名 \_\_\_\_\_

(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"/> | ①ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス感染症) |
| <input type="checkbox"/> | ②ウイルス性胃腸炎 (ロタウイルス感染症) |
| <input type="checkbox"/> | ヘルパンギーナ               |
| <input type="checkbox"/> | R S ウイルス感染症           |
| <input type="checkbox"/> | 帯状疱疹 ほうしん             |
| <input type="checkbox"/> | 突発性発しん                |
| <input type="checkbox"/> | アタマジラミ症               |
| <input type="checkbox"/> | 疥癬 かいせん               |
| <input type="checkbox"/> | 伝染性軟属腫 (水いぼ)          |
| <input type="checkbox"/> | 伝染性膿痂のうかしん (とびひ)      |
| <input type="checkbox"/> | B型肝炎                  |

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 \_\_\_\_\_

※インフルエンザは別の様式でご提出ください。

病院名: \_\_\_\_\_ ( 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 \_\_\_\_\_