

登園届

_____クラス 氏名_____

_____月_____日に医療機関を受診し、下記の診断を受けました。
このため、_____月_____日から欠席させていましたが、_____月_____日に医師より登園の許可が出ましたので、_____月_____日から登園させます。

受診した医療機関名 : _____
医師名 : _____
電話番号 : _____
診断名 : _____

※○印をご記入ください

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<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（リンゴ病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎
<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

平成_____年_____月_____日

保護者氏名_____印

- ※ 自宅で休養する期間については、必ず医師の指示した機関に従ってください。
- ※ 病気の状況によっては、保育園から直接医療機関へ連絡する場合があります。
- ※ 病気の状況によっては、医師の証明書を提出していただく場合があります。
- ※ 麻疹（はしか）・風しん・水痘（水ぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・結核・咽頭結膜熱（プール熱）・流行性角結膜炎・百日咳・腸管出血性大腸菌感染症（O-157、O-26、O-111等）・急性出血性結膜炎・髄膜炎菌性髄膜炎については、「登園許可書（治癒証明書）」が必要となります。