

# 登園届

(保護者記入)

令和 年 月 日

あまぎ認定こども園 園長 宛

クラス	
園児名	
保護者名	

下記の○印の感染症について

症状が回復し、医師により予防上支障がないと判断されたので登園します。

発症出現日	令和 年 月 日
医療機関	
受診日	令和 年 月 日
医師に登園を許可された日	令和 年 月 日

診断名を○印	疾 患 名
	溶連菌感染症
	ヘルパンギーナ (夏風邪)
	マイコプラズマ肺炎
	伝染性紅斑 (りんご病)
	手足口病
	RSウイルス感染症
	伝染性膿痂疹 (とびひ)
	突発性発疹
	ヒトメタニューモウイルス
	感染性胃腸炎 (ロタウイルス ノロウイルス アデノウイルス)
	ヘルペス口内炎
	伝染性軟属腫 (水いぼ)
	アタマジラミ
	その他 ( )