

登園届 (学校伝染病以外の感染症)

令和 年 月 日

なかいず認定こども園 園長宛

クラス	
園児氏名	
保護者氏名	

診断名○印	病名等
	溶連菌感染症
	ヘルパンギーナ
	マイコプラズマ肺炎
	手足口病
	RSウイルス感染症
	伝染病紅班(りんご病)
	伝染性膿痂疹(とびひ)
	伝染性軟属腫(水いぼ)
	感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス)
	アデノウイルス感染症(流行性角結膜炎・胃腸炎・咽頭結膜熱等)
	突発性発疹
	ヘルペス口内炎・帯状疱疹
	ヒトメタニューモウイルス
	アタマジラミ
	その他()

受診した 医療機関	
--------------	--

期 間	病院を受診した日 (症状が出た日)	令和 年 月 日 から
	症状が回復した日	令和 年 月 日 まで

園児の疾病は治療し、伝染のおそれなしとの診断を医師からいただきました

登園する日 (医師から登園を許可された日)	令和 年 月 日
--------------------------	----------