

登園届(保護者記入)

認定こども園ぶっこう幼稚園 殿

生年月日： _____

園児名： _____

(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 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"/>	頭ジラミ症
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)

(医療機関名) _____ において症状が回復し、
集団生活に支障がないと判断されましたので _____ 年 月 日より
登園いたします。

_____ 年 月 日

保護者名 _____

意見書(医師記入)

認定こども園ぶっこう幼稚園 殿

生年月日： _____

園児名： _____

(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
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症 (<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> その他(_____))
<input type="checkbox"/>	百日咳
<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"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)

(_____ 年 月 日 発症)

症状も回復し、集団生活に支障がない状態となりました。
_____ 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 _____

き
り
と
り