

登園届(保護者記入)

認定こども園ぶっこう幼稚園 宛

園児名 _____

生年月日 _____

(該当疾患に✓をお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎(A・B・C型)
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎(ノロ・ロタなど)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	頭シラミ
<input type="checkbox"/>	水いぼ(伝染性軟属腫)
<input type="checkbox"/>	とびひ(伝染性膿痂疹)
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	RSウイルス

(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
登園致します。

_____ 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 宛

園児名 _____

生年月日 _____

(該当疾患に✓をお願いします)

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	風疹(三日はしか)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎(プール熱・アデノウイルス感染症)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス・パラチフス
<input type="checkbox"/>	腸管性大腸菌感染症(O157)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎

(_____ 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 _____