

登園届 (保護者記入)

風の森みどり保育園 園長殿

児童氏名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(病名) 該当疾患に☑をお願いします

<input type="checkbox"/>	麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	風しん	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>	(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎 (プール熱)	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)	<input type="checkbox"/>	

症状も回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登園いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

保護者氏名 _____

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について子どもの症状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され登園を再開する際には、この「登園届」を保育園に提出してください。