

登園届

りいべ保育園園長殿

児童名： _____

診断名を以下内容から点にてチェックをしてください

■医師の登園許可証が必要な診断名

1	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	8	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
2	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	9	<input type="checkbox"/> 百日咳
3	<input type="checkbox"/> 風疹	10	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症（O157 等）
4	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	11	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
5	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	12	<input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症 （髄膜炎菌性髄膜炎）
6	<input type="checkbox"/> 結核	13	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
7	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 （アデノウイルス感染症）	14	<input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）

■登園届のみ必要な診断名

1	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	6	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
2	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	7	<input type="checkbox"/> RS ウイルス
3	<input type="checkbox"/> 手足口病	8	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹
4	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑症（りんご病）	9	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症
5	<input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎（ノロ・ロタ）	10	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

欠席期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
病状が回復し、[医療機関名： _____]において、
集団生活に支障がない状態と判断されたので、 _____ 月 _____ 日から登園します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____