

登園届

園名： _____

園児名： _____

病名

インフルエンザ (A型・B型)	腸管出血性大腸菌 感染症(O-157等)	ウイルス性胃腸炎 (ノロ・ロタ)
流行性耳下腺炎	百日咳	麻疹
風疹	水痘	咽頭結膜熱
流行性角結膜炎	ヘルパンギーナ	手足口病
伝染性紅斑	溶連菌感染症	乳児嘔吐下痢症
RSウイルス感染症	マイコプラズマ感染症	突発性発疹
新型コロナウイルス	ヒトメタニューモ	肺炎球菌
その他：		

出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

症状が回復し、医療機関名： _____

において、集団生活に支障がないと判断されたので、 _____ 月 _____ 日から登園します。

尚、この件に関して、対面または書面等で症状を上記医療機関に問い合わせることを許可します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ (自署)