

登園届(保護者記入)

クラス _____ 名前 _____

(病名) 該当疾患に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎(ノロ・ロタ等)
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(リンゴ病)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	その他(_____)

(医療機関名) _____ において

(月 日 ~ 月 日)と診断されましたが、病状が回復し、
集団生活に支障がない状態と判断されましたので 月 日より
登園いたします。

年 月 日

保護者名