

感 染 症 治 癒 後 登 園 報 告 書

該当する病名に○印を付けてください。

記入欄	病 名	記入欄	病 名
	インフルエンザ		とびひ
	水痘（水ぼうそう）		伝染性軟属腫(水いぼ)
	手足口病		風しん（3日はしか）
	流行性耳下腺炎（おたふく）		腸管出血性大腸菌感染症
	溶連菌感染症		百日咳
	RSウイルス感染症		流行性角結膜炎
	アデノウイルス [咽頭結膜熱(プール熱)]		急性出血性結膜炎
	マイコプラズマ肺炎		帯状疱疹(ヘルペス)
	麻しん（はしか）		突発性発疹
	ヘルパンギーナ		結核
	伝染症紅斑(りんご病)		頭じらみ症
	感染症胃腸炎 (ノロ・ロタなど)		その他 ()

上記に感染しましたが医師からの登園許可がおりたことを報告します。

受診した医療機関名 ()
(保護者にて記入)

令和 年 月 日

_____ くみ 園児名 _____

_____ 保護者氏名 _____ 印 _____