

# 登園届

中筋幼稚園

クラス名 \_\_\_\_\_ 児童名 \_\_\_\_\_

病名： あてはまるものを○で囲んで下さい

インフルエンザ・溶連菌感染症・ウィルス肝炎・手足口病

ヘルパンギーナ・伝染性紅斑・マイコプラズマ感染症

流行性嘔吐下痢症（ \_\_\_\_\_ ）RSウイルス感染症

带状疱疹・その他（ \_\_\_\_\_ ）

欠席期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

医療機関： \_\_\_\_\_ を受診しましたが、

病状が回復しましたので、 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登園します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_

# 意見書

中筋幼稚園様

クラス名

児童名

---

病名： あてはまるものを○で囲んで下さい

百日咳・麻しん・流行性耳下腺炎・風疹・水痘

アデノウィルス感染症（咽頭結膜炎、流行性角結膜炎）

急性出血性結膜炎・腸管出血性大腸菌感染症

細菌性腸炎（                      ）コレラ・赤痢・腸チブス

その他（                      ）

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から病状が回復し、集団生活に支障が無い  
状態になりましたので登園可能と判断します。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関

---

医師名

印

---