

# 登園許可書

美山保育園施設長 殿

児童名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(病名) 該当疾患に  をお願いします

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症(O-157、O-26、O-111)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎(ロタ・ノロ・アデノ)
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎(感染する肺炎)
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発しん
<input type="checkbox"/>	ヘルペス口内炎
<input type="checkbox"/>	その他( _____ )

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

