

登園届

社会福祉法人瑞光福祉会 ルンビニこども園

園児名： _____

病名に○印をしてください

	新型コロナウイルス感染症		溶連菌感染症
	インフルエンザ		ヘルパンギーナ
	百日咳		手足口病
	麻疹（はしか）		伝染性紅斑（りんご病）
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		感染性胃腸炎 （細菌性・ウイルス性）
	風疹（三日はしか）		
	水痘（水ぼうそう）		RSウイルス
	流行性角結膜炎（はやり目「アデノウイルス」）		帯状疱疹
	咽頭結膜炎（プール熱「アデノウイルス」）		マイコプラズマ肺炎
	急性出血性結膜炎「エンテロウイルス」		とびひ
	腸管出血性大腸菌感染症（O-157）		結核

その他【 _____ 】

欠席期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

※インフルエンザの場合は発熱日と解熱日の記載をお願いします

発熱日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 解熱日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

症状が回復し〔医療機関名： _____ 〕
集団生活に支障がないと判断されたので _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園します。

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

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名： _____ 署名又は記名押印