

## 登園届

飾東保育園園長 宛て

入所児童名 飾東花子

(生年月日) 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日生

(病名) 該当疾患に☑をお願いします

<input type="checkbox"/>	麻しん(はしか)
<input checked="" type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

(受診日) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日に

(医療機関名・医師名) 〇〇こどもクリニック・〇〇〇〇医師 を受診し、  
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

(登園開始日) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日より登園いたします。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

保護者氏名 〇〇 〇〇