

登園届

徳育保育園長

_____組 氏名 _____

_____月 _____日に医療機関を受診し、下記の診断を受けました。

このため、_____月 _____日から欠席していましたが、_____月 _____日に医師より登園の許可が出ましたので、_____月 _____日から登園させます。

受診した医療機関名 : _____

医 師 名 : _____

電 話 番 号 : _____

診 断 名 :

※○印をご記入下さい

	感染症名
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<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（リンゴ病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	R S ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

平成 _____年 _____月 _____日

保護者名 _____ 印

※自宅で休養する期間については、必ず医師の指示した期間に従ってください。

※病気の状況によっては、保育園から直接医療機関へ連絡する場合があります。

※病気の状況によっては、医師の証明書を提出して頂く場合があります。

※麻疹（はしか）・風しん・水痘（水ぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・結核・咽頭結膜炎（プール熱）・流行性角結膜炎・百日咳・腸管出血性大腸菌感染症（O-157、O-26、O-111等）・急性出血性結膜炎・髄膜炎菌性髄膜炎については、「意見書（登園許可書・治療証明書）」が必要となります。