

(保 護 者 記 入)

認定こども園あゆのさと 園 長 殿

クラス	
園児名	
保護者名	印またはサイン

下記○印の感染症について
症状が回復し、医師により予防上支障がないと判断されたので登園します。

受診した 医 療 機 関	
通院した期間	令和 年 月 日 ～ 月 日
登 園 を 許可された日	令和 年 月 日

	○印	疾 患 名
1		手足口病
2		溶連菌感染症
3		ヘルパンギーナ（夏風邪）
4		伝染性紅斑（りんご病）
5		マイコプラズマ感染症
6		感染性胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノウィルスなど）
7		R S感染症
8		帯状疱疹（ヘルペス）
9		突発性発疹
10		ウイルス性肝炎
11		伝染性膿痂疹（とびひ）
12		伝染性軟属腫（みずいぼ）
13		新型コロナウイルス【 陽性 ・ 濃厚接触者 】
14		その他（ ）