

感 染 症 登 園 届

(保 護 者 記 入)

令和 年 月 日

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 など)
7		R Sウイルス感染症
8		带状疱疹 (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		ヒトメタニューモウイルス感染症
14		その他 ()