

登園届

組 氏名

生年月日 平成 年 月 日

平成 年 月 日に、

(番号に○を記入して下さい)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. 溶連菌感染症 | (抗菌薬内服後24時間経過していること) |
| 2. マイコプラズマ肺炎 | (発熱や激しい咳が治まっていること) |
| 3. 手足口病 | (発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、
普段の食事がとれること) |
| 4. 伝染性紅斑(りんご病) | (全身状態が良いこと) |
| 5. 感染性胃腸炎
(ノロ・ロタ・アデノウイルスなど) | (嘔吐・下痢等の症状が治まり、普段の食事が
とれること) |
| 6. ヘルパンギーナ | (発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、
普段の食事がとれること) |
| 7. RSウイルス | (呼吸器症が消失し、全身状態がよいこと) |
| 8. 帯状疱疹(ヘルペス) | (すべての発疹がか皮化してから) |
| 9. 突発性発疹 | (解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと) |
| 10. その他() | |

と診断され、

平成 年 月 日に

医療機関名 [] において

症状が回復し、感染症の予防上支障がないと判断されましたので

登園いたします。

保護者名 ()

印 又はサイン

社会福祉法人 みどりの森 ルミエール保育園

園長 殿