

# 登園届 (保護者記入)

認定こども園 高ノ台幼稚園

歳児 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(病名) 該当疾患に☑チェックをお願いします

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肝炎(うつる肺炎)
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎(お腹の風邪等も含む)
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	带状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	伝染性軟属腫ウイルス(水いぼ)
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびひ)
<input type="checkbox"/>	アデノウイルス
<input type="checkbox"/>	アラムジラミ
<input type="checkbox"/>	A型肝炎
<input type="checkbox"/>	B型肝炎
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ(A型・B型)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	その他( _____ )

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受診)

において上記と診断されましたが、その後、集団生活に支障がない状態と判断しましたので、令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※保護者の皆さまへ

上記の感染症については、別紙の表の『登園の基準』を参考に、医師の診断に従い、登園届けの記入および幼稚園・乳児棟への提出をお願いします。