

登園届（保護者が記入）

_____組 園児名_____

_____年__月__日生

- 1 手足口病
- 2 溶連菌感染症
- 3 伝染性紅斑（りんご病）
- 4 感染性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノウイルスなど）
- 5 ヘルパンギーナ（夏かぜ）
- 6 マイコプラズマ感染症
- 7 RS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 その他（ _____ ）

上記の○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ましたので、登園いたします。

受診した医療機関名_____

通院した期間 _____年__月__日～__月__日

登園を許可された日 _____年__月__日

学校法人西荻学園 西荻学園幼稚園長

_____年__月__日

保護者名_____⑩