

登園許可書

ピ/キオ幼児舎ゆめのご保育園 園長殿



園長印

園児名

平成
令和

年 月 日生

上記の者は下記の疾病が治癒し、集団保育に支障がないと認めたので

登園してもよいことを証明します。

疾病名

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) | <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 |
| <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(フェール熱) | |
| <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) | <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症 |
| <input type="checkbox"/> 伝染性軟属腫(水いぼ) | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> 手足口病 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(リンゴ病) | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 |
| <input type="checkbox"/> ヘルペス口内炎 | <input type="checkbox"/> 帯状皰しん |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

初診 令和 年 月 日

登園禁止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

登園許可 令和 年 月 日から

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

電話番号