

登園届

神崎市社会福祉協議会 せふり保育園

【保護者記入用】

組 園児氏名 _____

○印	病名	○印	病名
1	溶連菌感染症	7	ウイルス性胃腸炎(ロタウイルス)
2	マイコプラズマ肺炎	8	ウイルス性胃腸炎(ノロウイルス)
3	手足口病	9	ウイルス性胃腸炎(その他)
4	伝染性紅斑(りんご病)	10	RSウイルス感染症
5	ヘルパンギーナ	11	突発性発疹
6	带状疱疹	(その他: _____)	

受診した病院名 _____

通院した期間 月 日 ~ 月 日

登園可能と診断された日 月 日

健康状態が、保育園での集団生活に適応できる状態に回復し、
感染症が保育園内での集団発生や流行につながらないことを証明します。

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

登園許可証

神崎市社会福祉協議会 せふり保育園

【医療機関記入用】

組 園児氏名 _____

○印	病名	○印	病名
1	麻疹(はしか)	7	咽頭結膜熱(プール熱)
2	インフルエンザ	8	流行性角結膜炎(はやり目)
3	風しん(三日はしか)	9	百日咳
4	水痘(水ぼうそう)	10	腸管出血性大腸菌感染症
5	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	11	急性出血性結膜炎
6	結核	12	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)
(その他: _____)			

健康状態が、保育園での集団生活に適応できる状態に回復し、
感染症が保育園内での集団発生や流行につながらないことを証明します。

登園停止期間 月 日 から 月 日まで

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)