

## 【登園確認証】

善行・学びの保育園

クラス \_\_\_\_\_ 児童名 \_\_\_\_\_

病名 ※該当する病名にチェックを入れてください

<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	ウィルス性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	（ノロウィルス・ロタウィルス・アデノウィルス等）
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウィルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状ぼうしん
<input type="checkbox"/>	突発性発しん

症状が治まった日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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

登園可能日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者署名 \_\_\_\_\_

備考欄