

感染症確認書 (保護者記入)

クラス

名兒園

診断名	診断された疾患名にレ点印を付けてください		
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロ、ロタなど)	<input type="checkbox"/> R S ウィルス感染症	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)	<input type="checkbox"/> 伝染性軟属腫(水いぼ)
	<input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ感染症(A / B)	<input type="checkbox"/> 新型コロナウィルス感染症
	<input type="checkbox"/> その他【 】		
医療機関名			
診断日	年	月	日
登園許可日	年	月	日

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので登園いたします。

申請日 年 月 日

保護者名