

登園届

年 月 日

社会福祉法人桜桃福祉会

電話：075-953-5885

園児名 _____ (男・女)《所属保育園名： _____》

病名

インフルエンザ・百日咳・麻疹・おたふくかぜ・みずぼうそう
風疹・アデノウイルス感染症（咽頭結膜熱、流行性角結膜炎）
腸管出血性大腸菌感染症・細菌性腸炎（ ）
溶連菌感染症・手足口病・ヘルパンギーナ
伝染性紅斑（りんご病）・マイコプラズマ感染症
流行性嘔吐下痢症（ ）・RSウイルス感染症
带状疱疹・突発性発疹

《登園停止期間》： _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されたので、
_____ 月 _____ 日から登園します。

医療機関名 _____

保護者名 _____

※インフルエンザ発症の場合記入してください

	日	日	日	日	日	日	日
	()	()	()	()	()	()	()
朝	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
晩	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃