

# 登園届 (保護者記入)

登園届提出日 平成 年 月 日

いずみ反町公園保育園 園長殿

園児クラス \_\_\_\_\_ 組 園児氏名 \_\_\_\_\_

病名 (○で囲んで下さい)

溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ、伝染性紅斑 (リンゴ病)  
感染性胃腸炎 (ノロ、ロタウイルス等)  
RS ウイルス感染症、マイコプラズマ肺炎  
突発性発しん、伝染性膿痂疹 (とびひ)、帯状疱疹  
その他 ( )

診断された日 (あるいは疑いで受診した日)	医療機関名
平成 年 月 日	
登園に支障がないと医師に判断された日	医療機関名
平成 年 月 日	

上記に相違なく、登園届を提出いたします。

また、病状について保育園が医療機関へ問い合わせをする場合があることを承諾します。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

# 登園届 (保護者記入)

登園届提出日 平成 年 月 日

いずみ反町公園保育園 園長殿

園児クラス \_\_\_\_\_ 組 園児氏名 \_\_\_\_\_

病名 (○で囲んで下さい)

溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ、伝染性紅斑 (リンゴ病)  
感染性胃腸炎 (ノロ、ロタウイルス等)  
RS ウイルス感染症、マイコプラズマ肺炎  
突発性発しん、伝染性膿痂疹 (とびひ)、帯状疱疹  
その他 ( )

診断された日 (あるいは疑いで受診した日)	医療機関名
平成 年 月 日	
登園に支障がないと医師に判断された日	医療機関名
平成 年 月 日	

上記に相違なく、登園届を提出いたします。

また、病状について保育園が医療機関へ問い合わせをする場合があることを承諾します。

保護者名 \_\_\_\_\_ 印