

登園許可書

児童氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

集団生活に支障がないので _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項

医療機関名

医師名

㊞

※診断名に✓をお願い致します。

第2種	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型） その他（ ）
第3種	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（プール 可・不可） <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 その他（ ）
その他	<input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> 頭じらみ（プール 可・不可） <input type="checkbox"/> 感染の心配はありません。

社会福祉法人 弘颯会 東岩槻保育園

登園許可書

児童氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

集団生活に支障がないので _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園を許可します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項

医療機関名

医師名

㊞

※診断名に✓をお願い致します。

第2種	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型） その他（ ）
第3種	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（プール 可・不可） <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 その他（ ）
その他	<input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> 頭じらみ（プール 可・不可） <input type="checkbox"/> 感染の心配はありません。

社会福祉法人 弘颯会 東岩槻保育園