

<登園届（保護者記入）>

## 登 園 届

おーごえ保育園 園長殿

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

（病名） 該当疾患に☑をお願いします。

|                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻しん（はしか）                             |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ                              |
| <input type="checkbox"/> | 風しん                                  |
| <input type="checkbox"/> | 水痘（みずぼうそう）                           |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）                      |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱（プール熱）                          |
| <input type="checkbox"/> | 流行性結膜炎（はやり目）                         |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳                                  |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症                         |
| <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"/> | ウイルス性胃腸炎<br>（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等） |
| <input type="checkbox"/> | ヘルパンギーナ                              |
| <input type="checkbox"/> | RS ウイルス感染症                           |
| <input type="checkbox"/> | 帯状疱疹                                 |
| <input type="checkbox"/> | 突発性発疹                                |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ）                         |

医療機関名 \_\_\_\_\_

発症日（症状が出た日） \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

登園可能日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_