

登園届

園児名 _____

生年月日 年 月 日 (歳)

(病名) (該当疾患に○をお願いします)

	溶連菌感染症
	ウイルス性肝炎
	ヘルパンギーナ
	マイコプラズマ感染症
	感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス)
	伝染性紅斑(リンゴ病)
	手足口病
	とびひ
	RSウイルス感染症
	突発性発疹
	帯状疱疹(ヘルペス)
	シラミ
	その他()

(医療機関名) 年 月 日受診において
上記の通り感染症に罹患しましたが集団生活に支障がない状態になりました
ので、下記の期日よりつなぐ園に行っても差し支えありません。

登園しても良いと認められる 年 月 日
年 月 日

保護者氏名

印

*保護者の皆さまへ

児童発達支援施設(つなぐ園)は、乳幼児が集団で療育を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園の目安を参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。