

(保護者記入)

登園停止以外の感染症

_____組

園児名 _____

病院受診をされて、どのように診断されましたか？

* 診断名の該当の疾患に○をつけてください。

手足口病 ・ 伝染性紅班（りんご病） ・ ヘルパンギーナ ・ 突発性発疹

流行性嘔吐下痢症（お腹の風邪） ・ ノロウイルス ・ ロタウイルス）

溶連菌感染症 ・ マイコプラズマ肺炎 ・ 伝染性膿か疹（とびひ）

その他の疾患（ _____ ）

病院名：（ _____ ）

受診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*何か指導をうけましたか？園での注意事項等あれば、ご記入ください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印