

(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・伝染性紅斑（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： _____ 年 _____ 月 _____ 日

何か指導を受けましたか？園での注意事項等あれば、ご記入ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名_____