

感染症届出書 (保護者記入)

東京都認証 ビッキーズ保育園



園児名: _____

クラス: _____ 組

	疾患名 (左側の空欄の○を記入してください)	集団生活に望ましい状態 (当園の際の目安にしてください)
1.	手足口病	発熱がなく、食事ができる。
2.	ヘルパンギーナ	発熱がなく、食事ができる。
3.	伝染性紅斑	発疹以外の症状がなく、全身状態が良い。
4.	伝染性膿痂疹(とびひ)	治療を受け、改善傾向である。
5.	マイコプラズマ感染症	熱が下がり、全身状態が良い。
6.	感染性胃腸炎	医師の指示により。
7.	アタマジラミ	医師の指示により。
8.	伝染性軟属腫(水いぼ)	医師の指示により。
9.	突発性発疹	医師の指示により。
10.	RSウイルス感染症	医師の指示により。
11.	その他	医師の指示により。

年 月 日 に

_____ 病院(医院/クリニック)にて

上記の診断を受けました。症状が回復しましたので、当園いたします。

保護者氏名: _____

感染症届出書 (保護者記入)

東京都認証 ビッキーズ保育園



園児名: _____

クラス: _____ 組

	疾患名 (左側の空欄の○を記入してください)	集団生活に望ましい状態 (当園の際の目安にしてください)
1.	手足口病	発熱がなく、食事ができる。
2.	ヘルパンギーナ	発熱がなく、食事ができる。
3.	伝染性紅斑	発疹以外の症状がなく、全身状態が良い。
4.	伝染性膿痂疹(とびひ)	治療を受け、改善傾向である。
5.	マイコプラズマ感染症	熱が下がり、全身状態が良い。
6.	感染性胃腸炎	医師の指示により。
7.	アタマジラミ	医師の指示により。
8.	伝染性軟属腫(水いぼ)	医師の指示により。
9.	突発性発疹	医師の指示により。
10.	RSウイルス感染症	医師の指示により。
11.	その他	医師の指示により。

年 月 日 に

_____ 病院(医院/クリニック)にて

上記の診断を受けました。症状が回復しましたので、当園いたします。

保護者氏名: _____