

治癒証明書の要らない感染症確認書（保護者記入）

年 月 日

保護者氏名 _____

入船北保育園

病院受診をされて、どのように診断されましたか。記入して下さい。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|-----------|---------|------|---------|-------------|-----------|------------------------|-------|--|------|-------------|--------|
| 園児名 | 氏名 (組) | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | (病院・医院) | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | 該当する疾患に○をつけて下さい | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">溶連菌感染症</td> <td style="width: 33%;">RS ウイルス</td> <td style="width: 33%;">手足口病</td> </tr> <tr> <td>ヘルパンギーナ</td> <td>伝染性紅斑(りんご病)</td> <td>マイコプラズマ肺炎</td> </tr> <tr> <td>感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス等)</td> <td colspan="2">突発性発疹</td> </tr> <tr> <td>帯状疱疹</td> <td>伝染性膿痂疹(とびひ)</td> <td>その他()</td> </tr> </table> | 溶連菌感染症 | RS ウイルス | 手足口病 | ヘルパンギーナ | 伝染性紅斑(りんご病) | マイコプラズマ肺炎 | 感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス等) | 突発性発疹 | | 帯状疱疹 | 伝染性膿痂疹(とびひ) | その他() |
| 溶連菌感染症 | RS ウイルス | 手足口病 | | | | | | | | | | | |
| ヘルパンギーナ | 伝染性紅斑(りんご病) | マイコプラズマ肺炎 | | | | | | | | | | | |
| 感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス等) | 突発性発疹 | | | | | | | | | | | | |
| 帯状疱疹 | 伝染性膿痂疹(とびひ) | その他() | | | | | | | | | | | |
| 発症日 受診日 | 発 症 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 受 診 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | | | | | | | | | |

* 「登園(集団生活)をしてよいか」を必ず確認して下さい。

何か指導を受けられましたか。あれば記入して下さい。