

保護者記入の登園届（保護者の方がお書きの上ご提出ください）

登園届

提出日 年 月 日

くみ お子さまの名前

病名（いずれかに○をつけてください）

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（リンゴ病）	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ（A型・B型）	<input type="checkbox"/>	コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎（ノロウイルス・ロタウイルス・その他）		
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		

医療機関名 「 」 受診日 年 月 日

家庭での薬の使用 あり ・ なし

保護者サイン

保護者記入の登園届（保護者の方がお書きの上ご提出ください）

登園届

提出日 年 月 日

くみ お子さまの名前

病名（いずれかに○をつけてください）

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（リンゴ病）	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ（A型・B型）	<input type="checkbox"/>	コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎（ノロウイルス・ロタウイルス・その他）		
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		

医療機関名 「 」 受診日 年 月 日

家庭での薬の使用 あり ・ なし

保護者サイン