

(保護者記入)

## 登園停止以外の感染症確認書

\_\_\_\_\_組

園児氏名\_\_\_\_\_

病院受診をされて、どのように診断されましたか。

診断名：該当の疾患に○を付けてください。

手足口病・伝染症紅斑（りんご病）・ヘルパンギーナ

流行性嘔吐下痢症・溶連菌感染症・マイコプラズマ肺炎

伝染性膿痂疹（とびひ）・EBウィルス感染症・疥癬

急性結膜炎・その他の疾患（ \_\_\_\_\_ ）

病院名：（ \_\_\_\_\_ ）

受診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

なにか指導を受けましたか。あればお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名\_\_\_\_\_