

(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_____