

治癒報告書 (B 様式 保護者記入)

原村保育園

組 氏名

該当疾患に○印をお願いします。

○印	病名
	溶連菌感染症
	マイコプラズマ肺炎
	手足口病
	伝染性紅斑 (リンゴ病)
	ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ他)
	ヘルパンギーナ
	RS ウイルス
	帯状疱疹
	突発性発疹

(医療機関名) _____ (年 月 日 受診)

_____ 年 月 日より登園いたします。

※保護者の皆様へ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、ひとりひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園の目安を参考に、治癒報告書の提出 (入力) をお願いします。