

# 受診報告書

もずめこども園

クラス                      児童名

(病名)      (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

医療機関名を保護者が記入

(      年      月      日受診)において

指示された病状が回復し集団生活に支障がない状態となりましたので

年      月      日より登園いたします。

年      月      日

保護者名

# 受診報告書

もずめこども園

クラス                      児童名

(病名)      (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹

医療機関名を保護者が記入

(      年      月      日受診)において

指示された病状が回復し集団生活に支障がない状態となりましたので

年      月      日より登園いたします。

年      月      日

保護者名