

病 名 等 確 認 書

園児名	クラス名	平成 年 月 日		
病名等 (該当に○をしてください。) ・その他(・感染性胃腸炎 ・突発性発疹 ・水いぼ ・コレラ ・その他(・乳幼児嘔吐下痢症(ロタウイルス) ・手足口病 ・りんご病 ・細菌性赤痢	・溶連菌感染症 ・ヘルパンギーナ ・ヘルペス性歯肉口内炎 ・腸チフス	・マイコプラズマ肺炎 ・とびひ ・頭しらみ ・パラチフス
<p>医師により、通園に支障がないことが認められました。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>保護者名 _____ 印 _____</p> <p>受診医療機関名 _____</p>				

※ とびひ、水いぼ、頭しらみと診断されて通園する場合、どちらかに○を付けてください。

- ・ 完治しました
- ・ 治療中です

治療中で通園する場合、完治した際には再度「病名等確認書」を提出してください。