

# 登園届

(保護者が記入して下さい)

園名： 児童発達支援なかよし園

園児名： \_\_\_\_\_

疾患名に○をつけてください。

	疾患名	登園の目安
	手足口病	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事が可能になるまで
	ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事が可能になるまで

※登園の目安を参考に、かかりつけ医師の診断に従い、登園届の提出をお願い致します。なお、園での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮下さい。

令和 年 月 日に医療機関名：【 \_\_\_\_\_ 】

において症状が回復し、集団生活に支障がないと判断されましたので登園いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印