

<保護者記入>

## 登園届

認定こども園 大阪常磐会大学付属茨木高美幼稚園

クラス： 組 名前：

※該当する病気に○をつけてください

|                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| 麻疹（はしか）                      | 溶連菌感染症              |
| インフルエンザ（A型・B型）               | アデノウイルス感染症（咽頭炎）     |
| 新型コロナウイルス感染症                 | マイコプラズマ肺炎           |
| 風しん                          | 手足口病                |
| 水痘（水ぼうそう）                    | 伝染性紅斑（りんご病）         |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）              | 感染性胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノなど） |
| 結核                           | ヘルパンギーナ             |
| 咽頭結膜熱（プール熱）                  | RSウイルス感染症           |
| 流行性角結膜炎（はやり目）                | 带状疱疹                |
| 百日咳                          | 突発性発疹               |
| 腸管出血性大腸菌感染症（O157・O26・O111など） | 伝染性膿痂疹（とびひ）         |
| 急性出血性結膜炎                     | その他（ ）              |
| 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）         |                     |

医療機関名 \_\_\_\_\_ 【受診日 月 日】にて、上記疾患の診断を受けたため、  
出席停止期間に基づき 月 日 から 月 日（解熱日 / ）まで  
治療・療養をしていましたが、集団生活に支障がなくなるまで症状が回復しましたので登園を再開します。

<医師から登園しても良いと認められた日>

年 月 日

提出日： 年 月 日

保護者氏名： \_\_\_\_\_

<保護者のみなさまへ>

幼稚園は、低年齢の子どもたちが集団で生活を共にする場所です。  
感染症拡大予防の観点からも、医師の指示に従って登園していただきますようご協力をお願いします。

