

報告書

組
グループ 園児名

○ 診断名（あてはまるものを○で囲む）

- ・溶連菌感染症

・手足口病

・結膜炎（アレルギー除く）

・突発性発疹

・带状疱疹

・伝染性紅斑（リンゴ病）

・伝染性膿か疹（とびひ）

・マイコプラズマ感染症

・R S ウイルス

・その他（

○ 受診医療機関名（科目）

○ 受診した日 令和 年 月 日

○ 登園可能日 令和 年 月 日

○ 処方された薬の種類と投薬時間（あてはまるものを○で囲む）

・特になし ・内服薬 ・点眼薬 ・軟膏 ・その他（

・朝 ・昼 ・夜 ・寝る前 ○ 内服薬の処方期間
（ ）日分

○ 薬品名

医師の指示（具体的に）

○ 次回通院予定 ・なし ・あり 令和 年 月 日

以上、報告致します。

令和 年 月 日
保護者名

報告書

組
グループ 園児名

○ 診断名（あてはまるものを○で囲む）

- ・溶連菌感染症

・手足口病

・結膜炎（アレルギー除く）

・突発性発疹

・带状疱疹

・伝染性紅斑（リンゴ病）

・伝染性膿か疹（とびひ）

・マイコプラズマ感染症

・R S ウイルス

・その他（

○ 受診医療機関名（科目）

○ 受診した日 令和 年 月 日

○ 登園可能日 令和 年 月 日

○ 処方された薬の種類と投薬時間（あてはまるものを○で囲む）

・特になし ・内服薬 ・点眼薬 ・軟膏 ・その他（

・朝 ・昼 ・夜 ・寝る前 ○ 内服薬の処方期間
（ ）日分

○ 薬品名

医師の指示（具体的に）

○ 次回通院予定 ・なし ・あり 令和 年 月 日

以上、報告致します。

令和 年 月 日
保護者名