

登園確認書

社会福祉法人慈光会 はやかわ保育園様

令和 年 月 日

所在地
名称
医師名

印

登園を停止されていた下記の児童を診察した結果、令和 年 月 日より保育園の登園が認められるものと診断いたします。

記

園児名

病名（下記病名の該当欄に○印があるもの。）

病名	該当
みずぼうそう（水痘）	
おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）	
感染性胃腸炎	
はしか（麻疹）	
風しん（三日はしか）	
百日咳	
プール熱（咽頭結膜熱）	
流行性角結膜炎	
急性出血性結膜炎	
マイコプラズマ肺炎	

その他の疾患（ ）