

## 治癒証明書の要らない感染症確認書(保護者記入)

平成 年 月 日

浦安市立入船北保育園様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

病院受診をされて、どのように診断されましたか。記入してください。

園児名	男・女 ( 組)												
主治医	( 病院・医院)												
診断名	該当の疾患に○をつけてください。 <table border="1"><tr><td>溶連菌感染症</td><td>ウイルス性肝炎</td><td>手足口病</td></tr><tr><td>ヘルパンギーナ</td><td>伝染性紅斑(りんご病)</td><td>マイコプラズマ肺炎</td></tr><tr><td>感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルスなど)</td><td></td><td>頭ジラミ</td></tr><tr><td>伝染性軟属腫(水いぼ)</td><td>伝染性膿痂疹(とびひ)</td><td>その他( )</td></tr></table>	溶連菌感染症	ウイルス性肝炎	手足口病	ヘルパンギーナ	伝染性紅斑(りんご病)	マイコプラズマ肺炎	感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルスなど)		頭ジラミ	伝染性軟属腫(水いぼ)	伝染性膿痂疹(とびひ)	その他( )
溶連菌感染症	ウイルス性肝炎	手足口病											
ヘルパンギーナ	伝染性紅斑(りんご病)	マイコプラズマ肺炎											
感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルスなど)		頭ジラミ											
伝染性軟属腫(水いぼ)	伝染性膿痂疹(とびひ)	その他( )											
受診日	平成 年 月 日												

※「登園(集団生活)をしてよいか」を必ず確認して下さい。

なにか指導を受けられましたか。あれば記入してください。

( )