

# 登園に関する情報提供書

名前 \_\_\_\_\_ さん 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれは、  
本日当院を受診され、以下の通りと診断いたします。

診断名 \_\_\_\_\_

発病日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- 登園停止の必要はありません。体調がよいならば登園できます。
- 学校保健安全法の規定により \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登園できます（おたふく風邪など）。
- 学校保健安全法の規定に基づいて登園が可能な状態につき指導しております。  
概ね \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登園できると思われま。
- 登園を禁止していましたが、\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日から登園できます（アデノウィルス、  
溶連菌など）。

本情報提供書を保育所（園）・幼稚園に提供することに同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関所在地

医療機関名

医師名

