



感染症確認書

(保護者の方がご記入下さい)

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Milky Way International PreSchool 本八幡校 | | クラス名 Class | |
| 児童氏名 Name | | 生年月日 Date of birth | |

- 注1) 大きなスクールイベントの前後は医師による治癒証明書のご提出をおねがいする場合がございます。
 注2) お子さまの全身状態によっては登園を控えていただくようお願いする場合がございます。
 注3) 医療機関の領収証のコピーを添えてご提出ください。

病院を受診されて、どのように診断されましたか。

受診された病院名

診断名 : 該当の疾患に○を付けてください。

- 伝染性紅斑 (りんご病)
- 手足口病
- 突発性発疹
- 溶連菌感染症
- RSウイルス感染症
- 帯状疱疹
- ヘルパンギーナ
- 感染性胃腸炎
- マイコプラズマ肺炎
- その他の疾患

病院を受診された日 : 年 月 日

医師からの指導内容 :

届出保護者氏名 印

※サイン又は印鑑



感染症確認書

(保護者の方がご記入下さい)

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Milky Way International PreSchool 本八幡校 | | クラス名 Class | |
| 児童氏名 Name | | 生年月日 Date of birth | |

- 注1) 大きなスクールイベントの前後は医師による治癒証明書のご提出をおねがいする場合がございます。
 注2) お子さまの全身状態によっては登園を控えていただくようお願いする場合がございます。
 注3) 医療機関の領収証のコピーを添えてご提出ください。

病院を受診されて、どのように診断されましたか。

受診された病院名

診断名 : 該当の疾患に○を付けてください。

- 伝染性紅斑 (りんご病)
- 手足口病
- 突発性発疹
- 溶連菌感染症
- RSウイルス感染症
- 帯状疱疹
- ヘルパンギーナ
- 感染性胃腸炎
- マイコプラズマ肺炎
- その他の疾患

病院を受診された日 : 年 月 日

医師からの指導内容 :

届出保護者氏名 印

※サイン又は印鑑