

登園確認書

クラス	組	名前		提出日	年	月	日
病名			病院名				
症状：	(症状が見られた日： 年 月 日)			発熱の場合	解熱日： 年 月 日)		

*受診日： 年 月 日 ()	検査方法	抗原	・	PCR
	検査	した	・	しない
*診察内容及び薬など	結果	陽性	・	陰性
抗生剤・整腸剤・鼻水・咳止め・痰切・塗り薬・点眼・その他 ()				
<input type="checkbox"/> かかりつけ医より、保育園での生活は問題ないことを確認しました。 (保健所)				
<健康観察期間>				
※新型コロナウイルス・インフルエンザ感染症の場合： 発症日 年 月 日 ~ 解除日 年 月 日				

保護者サイン		園長確認	
--------	--	------	--

登園確認書

クラス	組	名前		提出日	年	月	日
病名			病院名				
症状：	(症状が見られた日： 年 月 日)			発熱の場合	解熱日： 年 月 日)		

*受診日： 年 月 日 ()	検査方法	抗原	・	PCR
	検査	した	・	しない
*診察内容及び薬など	結果	陽性	・	陰性
抗生剤・整腸剤・鼻水・咳止め・痰切・塗り薬・点眼・その他 ()				
<input type="checkbox"/> かかりつけ医より、保育園での生活は問題ないことを確認しました。 (保健所)				
<健康観察期間>				
※新型コロナウイルス・インフルエンザ感染症の場合： 発症日 年 月 日 ~ 解除日 年 月 日				

保護者サイン		園長確認	
--------	--	------	--