

治療報告書(登園許可書)

組 氏名 _____

上記の者は、下記の病気の為、治療を受けたことを報告します。

<病名>

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1.麻疹(はしか) | 2.インフルエンザ |
| 3.風疹 | 4.水痘(水ぼうそう) |
| 5.流行性耳下腺炎(おたふく) | 6.結核 |
| 7.咽頭結膜炎(プール熱) | 8.百日咳 |
| 9.腸管出血性大腸菌感染症(O-157,O-112等) | |
| 10.急性出血性結膜炎 | 11.流行性角結膜炎 |
| 12.その他() | |

※病名を○で囲んでください。

治療期間 平成 年 月 日 より
平成 年 月 日 まで
平成 年 月 日

医療機関名 _____ (印)

保護者名 _____

治療報告書(登園許可書)

組 氏名 _____

上記の者は、下記の病気の為、治療を受けたことを報告します。

<病名>

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1.麻疹(はしか) | 2.インフルエンザ |
| 3.風疹 | 4.水痘(水ぼうそう) |
| 5.流行性耳下腺炎(おたふく) | 6.結核 |
| 7.咽頭結膜炎(プール熱) | 8.百日咳 |
| 9.腸管出血性大腸菌感染症(O-157,O-112等) | |
| 10.急性出血性結膜炎 | 11.流行性角結膜炎 |
| 12.その他() | |

※病名を○で囲んでください。

治療期間 平成 年 月 日 より
平成 年 月 日 まで
平成 年 月 日

医療機関名 _____ (印)

保護者名 _____