

## 受診結果届

マイフレンズ保育園園長 殿

園児名 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住 所 南風原町字 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医療期間名「 \_\_\_\_\_ 」

感染症の疑いで受診した結果、

(1, 2のいずれかに○を付けて下さい)

## 1. 感染症でなかった場合

担当医より(感染症: \_\_\_\_\_)ではないと診断され、集団生活に支障がない状態と判断しましたので、登園致します。

## 2. その他の感染症になった場合

病名( \_\_\_\_\_ )と診断されました。

医師の指導及び園の登園基準に従い、集団生活に支障がない状態と判断しましたので登園致します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者サイン \_\_\_\_\_

※園生活に支障がない状況とは・・・平熱、普段の食事・水分が摂れること、元気であること。

----- 切り取り線 -----

## 治癒証明書

マイフレンズ保育園園長 殿

園児名 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住 所 南風原町字 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

上記の園児は、他への感染のおそれがないことを証明する。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療期間名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_