

受診報告書（保護者記入用）

グループ _____

お名前 _____

受診日 令和 年 月 日

医療機関名 _____

1. 受診内容（該当する項目に☑をつけて下さい）

- 予防接種
- 健診（小児科、歯科）
- 発熱 咳 鼻水 嘔吐
- 下痢 発疹 目やに
- その他（ _____ ）

} ⇒ その症状はいつからですか？
(_____)

2. 受診結果

・診断名または診断結果（該当疾患に☑をお願いします。）

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス、 ロタウイルス、アデノウイルス等）
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	風邪
<input type="checkbox"/>	上記以外（ _____ ）

(_____ 年 _____ 月 _____ 日受診)において
指示された病状が回復し集団生活に
支障がない状態となりましたので
_____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたし
ます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者名 _____

- ・処方薬 { なし
 { あり（薬の名前： _____ ）
- ・処置 { なし
 { あり（処置： _____ ）

3. その他

[_____]