

登 所 届

_____学童クラブ 氏名_____

○該当する病名に○を記入してください

	疾病名	登所停止（療養）期間
	溶連菌感染症	適切な抗菌薬内服後 24 時間を経て、症状が回復するまで
	マイコプラズマ肺炎	症状が回復するまで
	手足口病	症状が回復するまで
	感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス）	下痢、嘔吐が消失し、全身状態が改善されるまで
	その他（ _____ ）	主治医から指定された期間

年 月 日より、上記の疾病のために欠席させていた
が、療養期間が終了し、他の児童への感染の心配がなくなったので、
年 月 日より学童クラブへ登所します。

医療機関名_____

（ _____ 年 月 日 受診）

年 月 日

保護者名_____