

登所届

(保護者記入)

新座市児童発達支援センター所長宛て

児童氏名 _____

_____年 _____月 _____日 生

(病名) (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

(医療機関名) _____ (_____年 _____月 _____日受診) において
診断を受けました。病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので
_____年 _____月 _____日より登所いたします。

令和 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____

※ 保護者の皆様へ

児童発達支援センターは、医療的ケア児を含む乳幼児が集団で生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできる限り防ぐことで、一人一人のお子さんが快適に生活できることを念頭に、登所の目安を参考に、医師の診断に従い、この「登所届」をセンターに提出してください。