

受診票

クラス 氏名

症状 (鼻水・咳・嘔吐・下痢)

該当する項目にチェックをお願いいたします

- 風邪による症状です(登園不可)
 アレルギー性による症状です(登園)

上記のどちらでもない場合は、
お医者様の判断で下記にご記入ください

年 月 日

病院名

長岡こども園 園長 高木 麻里

※病院印をお願いいたします

受診票

クラス 氏名

症状 (鼻水・咳・嘔吐・下痢)

該当する項目にチェックをお願いいたします

- 風邪による症状です(登園不可)
 アレルギー性による症状です(登園)

上記のどちらでもない場合は、
お医者様の判断で下記にご記入ください

年 月 日

病院名

長岡こども園 園長 高木 麻里

※病院印をお願いいたします

受診票

クラス 氏名

症状 (鼻水・咳・嘔吐・下痢)

該当する項目にチェックをお願いいたします

- 風邪による症状です(登園不可)
 アレルギー性による症状です(登園)

上記のどちらでもない場合は、
お医者様の判断で下記にご記入ください

年 月 日

病院名

長岡こども園 園長 高木 麻里

※病院印をお願いいたします

受診票

クラス 氏名

症状 (鼻水・咳・嘔吐・下痢)

該当する項目にチェックをお願いいたします

- 風邪による症状です(登園不可)
 アレルギー性による症状です(登園)

上記のどちらでもない場合は、
お医者様の判断で下記にご記入ください

年 月 日

病院名

長岡こども園 園長 高木 麻里

※病院印をお願いいたします