

# 意見書 (医師記入)

保育園長 殿

児童氏名 \_\_\_\_\_

【病名】 該当疾患に  をお願いします。

|                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹 (はしか)                    |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ                     |
| <input type="checkbox"/> | 風しん                         |
| <input type="checkbox"/> | 水痘 (水ぼうそう)                  |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)            |
| <input type="checkbox"/> | 結核                          |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱 (プール熱)                |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎                     |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳                         |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111) |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎                    |
| <input type="checkbox"/> | 侵襲製髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)       |

症状も回復し、集団生活に支障が無い状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

\_\_\_\_\_年 月 日

医療機関名

ゴム印可

医師名

\_\_\_\_\_