

意見書 (医師記入)

認定こども園世田谷ベアーズ園長 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"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症 (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
