

第一幼稚園

園長 伊藤 博士 様

意見書

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

該当疾患に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ（ A ・ B ）	<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	風しん	<input type="checkbox"/>	溶連菌咽頭炎
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症など）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹（とびひ）
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	突発性発疹症
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 （0157、026、0111 等）	<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	その他の感染症【 _____ 】		

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 _____ 月 _____ 日から登園可能と判断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院・医院名

主治医氏名

印

※かかりつけ医の皆さまへ

園は乳幼児が集団で長時間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だけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

※保護者様へ

上記の感染について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「意見書」を園に提出してください。