

第二幼稚園

エーデルシュタイン保育園 園長 様

園児氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

### 意見書（医師記入）

【該当疾患に☑をお願いします】

〈第一種〉 治癒するまで	
<input type="checkbox"/>	・エボラ出血熱、・クリミア・コンゴ出血熱、・痘そう・南米出血熱・ペスト・マールブルグ熱
<input type="checkbox"/>	・ラッサ熱・急性灰白髄炎（ポリオ）・ジフテリア・重症急性呼吸器症候群（SARS）
<input type="checkbox"/>	・鳥インフルエンザ（型が H5N1、H7N9）・中東呼吸器症候群（MERS）
〈第二種〉 感染症ごとに定められた出席停止期間の基準を規定とし、医師において感染のおそれがないと認めるまで	
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎（プール熱）
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
〈第三種〉 病状により医師において感染のおそれがないと認めるまで	
<input type="checkbox"/>	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎
<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。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

※かかりつけ医の皆様へ

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、一人ひとりのこ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。