

意見書 (医師記入)

認定こども園 高ノ台幼稚園

_____ 歳児 _____ 組

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(病名) 該当疾患に☑チェックをお願いします

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹(はしか) |
| <input type="checkbox"/> | 風疹(三日はしか) |
| <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"/> | 咽頭結膜炎(プール熱) |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎(はやり目) |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症(O157、O26、O111、O18等) |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎(アボ口病) |
| <input type="checkbox"/> | 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎) |
| <input type="checkbox"/> | ヒトメタニューモウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> | その他(_____) |

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

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、医師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」を幼稚園・乳児棟に提出してください。