

## 意見書 (医師記入)

竹迫みのり保育園 園長 様

園児氏名 \_\_\_\_\_

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 (三日ばしか)	<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"/>	咽頭結膜熱 (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など)
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/>	

発病日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

症状が回復し、集団生活に支障がない状態になったので、令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園可能と判断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医療機関名

医師名

㊞ 又はサイン

## 意見書 (医師記入)

竹迫みのり保育園 園長 様

園児氏名 \_\_\_\_\_

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 (三日ばしか)	<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"/>	咽頭結膜熱 (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など)
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/>	

発病日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

症状が回復し、集団生活に支障がない状態になったので、令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より登園可能と判断します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医療機関名

医師名

㊞ 又はサイン