

意見書（医師記入）

大口町 保育園園長殿

入所児童氏名 _____

年 月 日 生

<病名> （該当疾患に☑をお願いします）

<input type="checkbox"/>	麻しん（はしか）*
<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"/>	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等）
<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）
<input type="checkbox"/>	その他()

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 _____

*については、必ずしも治癒の確認は必要ありません。意見書は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

*** かかりつけ医の皆さまへ**

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場所です。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快適に生活できるよう上記の感染症について意見の記入をお願いします。

*** 保護者の皆さまへ**

上記の感染症について、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」を保育園に提出して下さい。

*病院によっては、文書料が必要となる場合があります。