

学校感染症等に係る登園に関する意見書

保育所名 中崎はな保育園

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

下記の疾患について感染のおそれがきわめて少なくなったので、
_____月_____日以降の登園が可能であると判断しました。

(_____) 【治癒】

第2種感染症

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型) | <input type="checkbox"/> 百日咳 | |
| <input type="checkbox"/> はしか (麻疹) | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) | |
| <input type="checkbox"/> 風しん (三日ばしか) | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (水痘) | |
| <input type="checkbox"/> プール熱 (咽頭結膜熱) | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |

第3種感染症

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> コレラ | <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 |
| <input type="checkbox"/> 腸チフス | <input type="checkbox"/> パラチフス |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルスなど) | |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 | <input type="checkbox"/> 急性細気管支炎 (RSウイルス) |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

その他の意見

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 : _____

診察医師 : _____

(診察した医師に限る)