

意見書（医師記入）

保育園長 殿

児童指名

【病名】 該当疾患に をお願いします。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹
<input type="checkbox"/>	流行性耳下膜炎（おたふく）
<input type="checkbox"/>	風疹
<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"/>	流行性結膜炎（はやり目）
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（O-157）
<input type="checkbox"/>	急性出血結膜炎
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症
<input type="checkbox"/>	流行性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎）
<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎
<input type="checkbox"/>	RS ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹（とびひ）

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