

# 登園に関する意見書

つみき保育園

児童名

(男・女)

生年月日

H・R 年 月 日 (歳)

下記の疾患について感染のおそれが極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。

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻しん (はしか)                       | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症       |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型)                  | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎    |
| <input type="checkbox"/> 風しん                             | <input type="checkbox"/> 手足口病         |
| <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)                       | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)                | <input type="checkbox"/> ウィルス性胃腸炎     |
| <input type="checkbox"/> 結核                              | (ノロ、ロタ、アデノウィルス等)                      |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱)                    | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ      |
| <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎                          | <input type="checkbox"/> RSウィルス感染症    |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎                        | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹         |
| <input type="checkbox"/> 百日咳                             | <input type="checkbox"/> 突発性発しん       |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症<br>(O157、O26、O111等) | <input type="checkbox"/> とびひ          |
| <input type="checkbox"/> コレラ                             | <input type="checkbox"/> その他 ( )      |
| <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢                           |                                       |
| <input type="checkbox"/> 腸チフス                            |                                       |
| <input type="checkbox"/> パラチフス                           |                                       |

その他の意見

令和 年 月 日

医療機関名

診察医師名

(診察した医師に限る)