

医師記入

## 意見書

認定こども園 ふたば幼稚園長 殿

園児名 \_\_\_\_\_

【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
<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）（アデノウィルス感染症）
<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・O26・O111等）
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎

症状も回復し、集団生活に支障が無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

(ゴム印可)

医 師 名