

意見書

天王こども園 園長 様

児童名 ()

生年月日 (年 月 日)

病名 (該当する番号 に○印をつけて 下さい)	1 麻しん (はしか)	2 インフルエンザ (A・B)
	3 風しん	4 水痘 (水ぼうそう)
	5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	6 結核
	7 咽頭結膜熱 (プール熱)	8 流行性角結膜炎
	9 百日咳	
	10 腸管出血性大腸菌感染症 (O157・O26・O111等)	
	11 急性出血性結膜炎	12 侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)
	13 その他 (アデノウイルス感染症 等)	

上記疾患 年 月 日に発症し 年 月 日までに

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関

医師名 印又はサイン