

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	麻疹 (はしか)	2	インフルエンザ (A・B)
	3	新型コロナウイルス感染症	4	風疹
	5	水痘 (水ぼうそう)	6	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
	7	結核	8	咽頭結膜熱 (プール熱)
	9	流行性角結膜炎	10	百日咳
	11	腸管出血性大腸菌感染症 (O157・O26・O111等)		
	12	急性出血性結膜炎		
	13	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)		
	14	その他 (アデノウイルス咽頭炎・)		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