

意見書(医師記入)

ソフィア

園長殿

クラス名()園児氏名

※下記の該当する疾患に☑をお願いします

	麻しん(はしか)
	インフルエンザ(A 型 ・ B 型)
	新型コロナウイルス感染症
	風しん
	水痘(水ぼうそう)
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
	結核
	咽頭結膜熱(プール熱)
	流行性角結膜炎
	百日咳
	腸管出血性大腸菌感染症(0157・026・0111 等)
	急性出血性結膜炎
	侵襲性髄膜炎感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)
	その他※1 ()

※1 学校保健安全法第 18 条の感染症

病状が回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

令和 年 月 日より登園可能と判断します。

加療期間 自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

(受領日 /) (職員サイン)

登園届(保護者記入)

ソフィア

園長殿

クラス名()園児氏名

※下記の該当する病名に☑をお願いします

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑（りんご病）
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等）
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	R S ウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	ヒトメタニューモウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発疹
<input type="checkbox"/>	ウイルス性肝炎
<input type="checkbox"/>	単純ヘルペス歯肉口内炎
<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹（とびひ）
<input type="checkbox"/>	アデノウイルス感染症

このたび医療機関名 _____ において、病状が回復し、集団生活に支障が

ない状態と判断されましたので 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園いたします。

加療期間 自 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 至 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____



(受領日 /) (職員サイン _____)