

登園に関する意見書

桜川保育園

児童名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

下記の疾患について感染のおそれがきわ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。

- (_____) [治癒]
- インフルエンザ (A型・B型)
- 麻しん 水痘 風しん
- 流行性耳下腺炎 咽頭結膜炎 (プール熱) 百日咳
- 結核 (感染のおそれなし)
- 腸管出血性大腸菌感染症
- 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎
- コレラ 細菌性赤痢 腸チフス
- パラチフス
- その他 (_____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

診察医師

Ⓜ

(診察した医師に限る)