

主治医意見書

社会福祉法人親和会
未広認定こども園 園長

園児名 ()
生年月日 (年 月 日生)

病名 (該当する 番号に○印 をつけてく ださい)	1. 麻疹 (はしか)	2. インフルエンザ
	3. 風しん (三日はしか)	4. 水痘 (みずぼうそう)
	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・O25・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. アデノウイルス感染症	
	14. その医師が上記の感染症に類するものと認めたもの ()	

年 月 日から症状も回復し、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

登園申出書

社会福祉法人親和会
未広認定こども園

園児名 ()
生年月日 (年 月 日生)

病名 (該当する 番号に○印 をつけてく ださい)	1. 溶連菌感染症	2. マイコプラズマ肺炎	
	3. 手足口病	4. 伝染性紅斑(りんご病)	
	5. ウイルス性胃腸炎(ノロ・ロタウイルス等)		
	6. ペルパングーナ	7. RSウイルス感染症	
	8. 帯状疱疹しん	9. 突発性発しん	
	10. 伝染性膿痂疹(とびひ)		
	11. 細菌性胃腸炎(サルモネラ・カンピロバクター等)		

上記疾患のため 年 月 日 から 年 月 日まで

(病院名) _____ において病状が回復し、集団

生活に支障がないと診断されましたので、登園いたします。

年 月 日

(保護者名) _____