

登園に関する意見書

氏名		男	女
生年月日	年 月 日	歳	
保育所名	なかよしすみれ保育園		
病名（該当する番号番号にレ印をつけて下さい。）			
<input type="checkbox"/> 麻疹			
<input type="checkbox"/> インフルエンザ（A型・B型）			
<input type="checkbox"/> 風疹			
<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症			
<input type="checkbox"/> 水痘			
<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹			
<input type="checkbox"/> 百日咳			
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎			
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎			
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎			
<input type="checkbox"/> 結核			
<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなど）			
<input type="checkbox"/> 急性細気管支炎（主としてRSウイルスヒトメタニューモウイルス感染によると考えられるもの）			
<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎・変異型肺炎			
<input type="checkbox"/> その他（ ）			
上記の疾病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。			
年 月 日			
医療機関名：			
診察医師名：			
印			