

主治医様

こども園長

感染症にかかわる登園に関する意見書について(依頼)

平素は、子ども園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の児童の疾患について、意見書欄に記入の上保護者にお渡しくださいますよう、よろしくお願いいたします。

こども園長様

感染症にかかわる登園に関する意見書

こども園名

こども園

※ 児童氏名

※ 保護者の方で児童名を記入してください

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第19条及び「保育所感染症対策ガイドライン」にもとづき、療養を指示していましたが、伝染のおそれが、きわめて少なくなったので、平成 年 月 日 以降の登園が可能であると判断しました。

(疾患名)

- |                                    |                                  |                                     |  |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻しん       | <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎   | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型・不明) |
| <input type="checkbox"/> 風しん       | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症      |
| <input type="checkbox"/> 結核        | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱   | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症  | <input type="checkbox"/> ウイルス性(感染性)胃腸炎     |
| <input type="checkbox"/> 百日咳       | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症     | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹              |
| <input type="checkbox"/> その他(病名: ) |                                  |                                     |  |

平成 年 月 日

医療機関:

診察医師:

主治医様

こども園長

感染症にかかわる登園に関する意見書について(依頼)

平素は、こども園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の児童の疾患について、意見書欄に記入の上保護者にお渡しくださいますよう、よろしくお願いいたします。

こども園長様

感染症にかかわる登園に関する意見書

こども園名

こども園

※ 児童氏名

※ 保護者の方で児童名を記入してください

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第19条及び「保育所感染症対策ガイドライン」にもとづき、療養を指示していましたが、伝染のおそれが、きわめて少なくなったので、平成 年 月 日 以降の登園が可能であると判断しました。

(疾患名)

- |                                    |                                  |                                     |  |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻しん       | <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎   | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型・不明) |
| <input type="checkbox"/> 風しん       | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症      |
| <input type="checkbox"/> 結核        | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱   | <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症  | <input type="checkbox"/> 感染性(ウイルス性)胃腸炎     |
| <input type="checkbox"/> 百日咳       | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症     | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹              |
| <input type="checkbox"/> その他(病名: ) |                                  |                                     |  |

平成 年 月 日

医療機関:

診察医師: