

主治医様

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、下記の園児の疾患について、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。

こども園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、意見書の記入をお願いします。

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 ハピネス神石こども園

※ 園児名

※ 保護者の方で園児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、症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりましたので、年 月 日以降の登園が可能であると判断します。

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

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

年 月 日

医療機関:

診察医師:

主治医様

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、下記の園児の疾患について、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。

こども園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、意見書の記入をお願いします。

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 ハピネス神石こども園

※ 園児名

※ 保護者の方で園児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、症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりましたので、年 月 日以降の登園が可能であると判断します。

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

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

年 月 日

医療機関:

診察医師: