

主治医様

とみなみこども園長

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。

とみなみこども園長様

感染症にかかわる登園に関する意見書

園名 とみなみこども園

※ 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、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、令和 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（満1歳まで） | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症 | <input type="checkbox"/> その他（       | ）  |

令和 年 月 日

医療機関：

診察医師：

主治医様

とみなみこども園長

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。

とみなみこども園長様

感染症にかかわる登園に関する意見書

園名 とみなみこども園

※ 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、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、令和 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（満1歳まで） | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症 | <input type="checkbox"/> その他（       | ）  |

令和 年 月 日

医療機関：

診察医師：