

登園に関する意見書

氏名 _____
生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

下記の疾患に罹患したため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、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日よりの登園が可能と判断します。

(出席停止期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで)

第1種伝染病

(_____) 【治療】

第2種伝染病

- インフルエンザA型 【発症後最低5日かつ解熱後3日経過】
- インフルエンザB型 【発症後最低5日かつ解熱後3日経過】
- 麻疹 【解熱後3日経過】
- 水痘 【すべての発疹の痂皮化】
- 風疹 【発疹消失】
- 流行性耳下腺炎 【耳下腺の腫脹消失】
- 咽頭結膜熱 【主要症状消後2日経過】
- 百日咳 【特有の咳消失】
- 結核 【伝染の恐れなし】

第3種伝染病 [伝染の恐れなし]

- 腸管出血性大腸菌感染症
- 流行性角結膜炎
- 急性出血性結膜炎
- コレラ
- 細菌性赤痢
- 腸チフス
- パラチフス

その他の疾患 (_____)

その他の意見 (_____)

医療機関名： _____	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
診察医師： _____	印又はサイン

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名： _____ 印又はサイン