

## 意見書(医師記入)

さくらぎこばん 施設長 殿

クラス \_\_\_\_\_ 園児名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜炎(プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症(O157、O26、O111等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から登園可能と判断します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

### ※かかりつけ医の皆さまへ

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

### 保護者の方へ

上記の感染症について、子どもの症状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「意見書」を保育園に提出してください。また、症状があった項目について下記にご記入をお願いします。

発症日(初めて症状がでた日): \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
発熱: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(最高 \_\_\_\_\_ °C)  
発疹: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
発疹があった部位に○をつけてください  
[ 全身・顔・頭・胸・腹・背中・腰・右腕・右手・左腕・左手  
右足・左足・お尻・その他( \_\_\_\_\_ ) ]  
全身痛・関節痛: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
嘔吐: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(回数 \_\_\_\_\_ ) )  
下痢: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
咳: 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

その他の症状がありましたら、ご記入ください

( \_\_\_\_\_ )