意　見　書

園長　様

園　　名（　　）
児 童 名（　　）
生年月日（　　年　　月　　日）

病　名 （該当する番号に○印をつけてください）	1　麻しん（はしか）　　2　インフルエンザ 3　風しん　　4　水痘（水ぼうそう） 5　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　6　結核 7　咽頭結膜熱（プール熱）　　8　流行性角結膜炎 9　百日咳 10　腸管出血性大腸菌感染症（　O157・O26・O111 等　） 11　急性出血性結膜炎　　12　髄膜炎菌性髄膜炎 13　その他（　　）

　　年　　月　　日から症状が回復し、集団生活に支障がない状態になったので登園可能と判断します。

年　　月　　日

医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞