

主治医意見書

社会福祉法人親和会
未広認定こども園 園長

園児名：_____

生年月日：_____年 _____月 _____日生

病名 (該当する番号に○印をつけてください)	1. 麻疹(はしか)	2. インフルエンザ
	3. 新型コロナウイルス感染症	4. 風しん
	5. 水痘(みずぼうそう)	6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
	7. 結核	8. 咽頭結膜熱(プール熱)
	9. 流行性角結膜炎	10. 百日咳
	11. 腸管出血性大腸菌感染症(O157・O25・O111 等)	
	12. 急性出血性結膜炎	
	13. 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)	
	14. その他(アデノウイルス咽頭炎・ _____)	

_____年 _____月 _____日から症状も回復し、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 _____ 印