

主治医殿

## 意見書(医師記入)

登園してはいけない病気(学校保健安全法施行規則第 19 条より抜粋)は、主治医の意見書(治癒証明)が必要となります。お手数ですが記入をお願い致します。

園児名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 組)

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

病名 (該当疾患に☑をお願いします)

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 百日咳                |
| <input type="checkbox"/> | 麻疹(はしか)            |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)    |
| <input type="checkbox"/> | 風疹                 |
| <input type="checkbox"/> | 水痘(水ぼうそう)          |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜炎(プール熱)        |
| <input type="checkbox"/> | 結核                 |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症(O-157) |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎(はやり目)      |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎           |
| <input type="checkbox"/> | 髄膜炎菌性髄膜炎           |

上記疾患加療中であったが、治癒したため感染のおそれはなく、

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より集団生活可能と認めます。

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

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印