

主治医様

感染症にかかわる登園に関する意見書について(依頼)

平素は、保育園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。  
ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の児童の疾患について、登園許可書に記入の上保護者にお渡しくださいますよう、よろしくお願いいたします。

ろばのこ保育園 園長

園長宛 登園許可書

認定こども園 ろばのこ保育園

※ 児童氏名 ※保護者の方で児童名を記入してください。

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第 19 条及び「保育所における感染症対策ガイドライン」にもとづき療養を指示していましたが、伝染のおそれが、きわめて少なくなったので、令和 年 月 日 以降の登園が可能であると判断しました。

(疾患名)

- |                                  |                                  |  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹      | <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎                | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A 型・B 型・不明) |
| <input type="checkbox"/> 風疹      | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症            |  |
| <input type="checkbox"/> 結核      | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱   | <input type="checkbox"/> R S ウィルス感染症 (O オークラスのみ) |  |
| <input type="checkbox"/> 百日咳     | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹                    | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症          |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病 | 病名 {                             |  | }  |

※その他の伝染病とは、必ずしも感染症法・学校保健法に規定された感染症に限らず、出席停止措置が望ましい疾患すべてが対象となります。

令和 年 月 日 医療機関：

診察医師：

主治医様

感染症にかかわる登園に関する意見書について(依頼)

平素は、保育園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。  
ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の児童の疾患について、登園許可書に記入の上保護者にお渡しくださいますよう、よろしくお願いいたします。

ろばのこ保育園 園長

園長宛 登園許可書

認定こども園 ろばのこ保育園

※ 児童氏名 ※保護者の方で児童名を記入してください。

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第 19 条及び「保育所における感染症対策ガイドライン」にもとづき療養を指示していましたが、伝染のおそれが、きわめて少なくなったので、令和 年 月 日 以降の登園が可能であると判断しました。

(疾患名)

- |                                  |                                  |  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹      | <input type="checkbox"/> 水痘      | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎                | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A 型・B 型・不明) |
| <input type="checkbox"/> 風疹      | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症            |  |
| <input type="checkbox"/> 結核      | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱   | <input type="checkbox"/> R S ウィルス感染症 (O オークラスのみ) |  |
| <input type="checkbox"/> 百日咳     | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹                    | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症          |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病 | 病名 {                             |  | }  |

※その他の伝染病とは、必ずしも感染症法・学校保健法に規定された感染症に限らず、出席停止措置が望ましい疾患すべてが対象となります。

令和 年 月 日 医療機関：

診察医師：