

医師記入

感染症等に係る登園に関する意見書

名前 (男・女)

生年月日 年 月 日

下記の疾患に罹患したため、療養を指示していましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、

月 日以降の登園が可能であると判断しました。

第1種感染症 □ () [治癒]

第2種感染症 □ 結核[感染のおそれなし]

□ 髄膜炎菌性髄膜炎[感染のおそれなし]

□ 麻疹[解熱後3日経過]

□ 百日咳[特有の咳の消失または、5日間の適正な抗菌剤による治療後]

□ その他 () [治癒]

第3種感染症 □ 腸管出血性大腸菌感染症

□ コレラ □ 細菌性赤痢 □ 腸チフス □ パラチフス

□ 流行性角結膜炎 □ 急性出血性結膜炎

□ その他 () [治癒]

年 月 日

医療機関名

診断医師 (診察した医師に限る)