

●かかりつけ医の皆さまへ

認定こども園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、下記の感染症について意見書の記入をお願いします。

●保護者の皆さまへ

下記の感染症について、子どもの症状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この『意見書』を園に提出して下さい。

## 意見書(医師記入)

認定こども園愛媛帝京幼稚園 園長 殿

クラス名 \_\_\_\_\_ 組

園児氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

(病名) 該当疾患に☑をお願いします

|                          | 感染症名                                |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻疹(はしか)                             |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ                             |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症                        |
| <input type="checkbox"/> | 風しん                                 |
| <input type="checkbox"/> | 水痘(水ぼうそう)                           |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)                     |
| <input type="checkbox"/> | 結核                                  |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱(プール熱)                         |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎                             |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳                                 |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 (O(ホ)-157、O-26、O-111など) |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎                            |
| <input type="checkbox"/> | 侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)               |
| <input type="checkbox"/> | その他( _____ )                        |

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 上記疾患と診断された日 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 出席停止最終日     | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

記入日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_