

(医師記入)

意見書

すぎのここども園

クラス名 _____ (保護者でご記入ください)

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名 「 _____ 」

_____ 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

医療機関名

電話番号

医師名

- 医師が記入した意見書が望ましい感染症

疾患名	出席停止期間の基準
麻疹 (はしか)	解熱後 3 日を経過してから
インフルエンザ	発症した後 5 日を経過し、かつ解熱後 3 日を経過するまで
風疹	発疹が消失するまで
水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから 5 日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
咽頭結膜熱 (プール熱)	主な症状が消え、2 日経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで、または 5 日間の抗菌性物質製剤による治療を終了するまで
流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失するまで
結核	医師において感染の恐れがないと認めるまで
腸管出血大腸菌感染症	
急性出血性結膜炎	
髄膜炎菌性髄膜炎	
その他の感染症 (_____)	

(保護者記入)