

## 意見書（医師記入）

開米保育園 施設長殿

園児名

生年月日      平成      年      月      日  
令和

該当疾患に☒をお願いします

|                     |                                 |                          |
|---------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 麻しん(はしか)            | 結核                              | 百日咳                      |
| 風しん                 | 咽頭結膜熱(プール熱)                     | 急性出血性結膜炎                 |
| 水痘(水ぼうそう)           | 流行性角結膜炎                         | インフルエンザ                  |
| 流行性耳下腺炎<br>(おたふく風邪) | 腸管出血性大腸菌感染症<br>(O157、O26、O111等) | 侵襲性髄膜炎菌感染症<br>(髄膜炎菌性髄膜炎) |
| 新型コロナウイルス感染症        |                                 |                          |

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年      月      日から登園可能と判断します。

令和      年      月      日

医療機関名

医 師 名

### ※かかりつけ医の皆さまへ

保育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、上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

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、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」を保育園に提出して下さい。

## 登 園 届 （保護者記入）

開栄保育園 施設長殿

園児名

生年月日      平成      年      月      日  
令和

該当疾患に ☒ をお願いします

|                          |                                  |                          |           |                          |           |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 溶連菌感染症                           | <input type="checkbox"/> | マイコプラズマ肺炎 | <input type="checkbox"/> | 手足口病      |
| <input type="checkbox"/> | 伝染性紅斑(りんご病)                      | <input type="checkbox"/> | ヘルパンギーナ   | <input type="checkbox"/> | RSウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> | 带状疱疹                             | <input type="checkbox"/> | 突発性発しん    | <input type="checkbox"/> |           |
| <input type="checkbox"/> | ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス ロタウイルス アデノウイルス等） |                          |           |                          |           |
| <input type="checkbox"/> |                                  | <input type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/> |           |

（医療機関名）      （      年      月      日受診）において

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので

年      月      日より登園いたします。

年      月      日

保護者氏名

※保護者の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での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、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

## 水遊び許可届（保護者記入）

保育園

組

園児名

| 病 名         | ※該当する病名の欄にご記入ください                                                        |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 水いぼ(伝染性軟属腫) | 年 月 日から _____ 病院にて<br>治療しており、全ての水いぼを除去、または覆って<br>水遊びをすることが可能という診断を受けました。 |
| とびひ(伝染性膿痂疹) | 年 月 日から _____ 病院にて<br>治療中でしたが、完治し、水遊びをすることが<br>可能という診断を受けました。            |
| 頭じらみ        | 年 月 日から _____ 病院にて<br>診断を受け、治療し、完治して水遊びをすることが<br>可能という診断を受けました。          |

年 月 日

保護者氏名

きりと

## 水遊び許可届（保護者記入）

保育園

組

園児名

| 病 名         | ※該当する病名の欄にご記入ください                                                        |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 水いぼ(伝染性軟属腫) | 年 月 日から _____ 病院にて<br>治療しており、全ての水いぼを除去、または覆って<br>水遊びをすることが可能という診断を受けました。 |
| とびひ(伝染性膿痂疹) | 年 月 日から _____ 病院にて<br>治療中でしたが、完治し、水遊びをすることが<br>可能という診断を受けました。            |
| 頭じらみ        | 年 月 日から _____ 病院にて<br>診断を受け、治療し、完治して水遊びをすることが<br>可能という診断を受けました。          |

年 月 日

保護者氏名