

登園許可書（医師の意見書）

※疾病名についてはかかりつけ医にて受診し、確認してください。なお、本様式は厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」に基づき独自に作成したものです。

西田きらきら保育園 殿

【児童氏名】 _____

【病名】 該当疾患に✓をお願い致します。

✓	疾患名
	麻疹（はしか）
	インフルエンザ
	風しん
	水痘（水ぼうそう）
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	結核
	咽頭結膜熱（プール熱）
	流行性角結膜炎
	百日咳
	腸管出血性大腸菌感染症（O-157、O26、O111等）
	急性出血性結膜炎
	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）
	その他 （ _____ ）

受診日、令和 年 月 日において上記該当疾患の症状が回復し、集団保育に支障がない状態と判断します。

その他医師からの特記事項

（ゴム印可）

記入日 年 月 日

医療機関名

住所

連絡先

医師氏名

Ⓜまたはサイン