

主治医様

学校法人松本学園 幼保連携型認定こども園  
菩提幼稚園 園長 松本陽子

感染症にかかわる登園に関する意見書について（依頼）

平素は、こども園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。  
ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の園児の疾患について、意見書欄に記入の上、保護者にお渡しくださいますよう、  
よろしく願いいたします。  
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。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、  
一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、意見書の記入をお願いします。

菩提幼稚園長 松本陽子様

感染症にかかわる登園に関する意見書

園名 学校法人松本学園 菩提幼稚園

※園児名 \_\_\_\_\_ ※保護者の方で園児名を記入してください

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第 19 条及び「保育所感染症対策ガイドライン」にもとづき、療養を指示していましたが、症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりましたので、 年 月 日以降の登園が可能であると判断します。

（病名）（該当疾患に☐をお願いします）

- |                                     |                                  |                                     |  |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻しん        | <input type="checkbox"/> 百日咳     | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎    | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎            |
| <input type="checkbox"/> 風しん        | <input type="checkbox"/> 水痘・帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱      | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症        |
| <input type="checkbox"/> 結核         | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> アデノウイルス咽頭炎 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A 型・B 型・不明） |
| <input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 |                                  | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症 | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）        |

年 月 日

医療機関：

診察医師： \_\_\_\_\_

主治医様

学校法人松本学園 幼保連携型認定こども園  
菩提幼稚園 園長 松本陽子

感染症にかかわる登園に関する意見書について（依頼）

平素は、こども園の子どもたちの健康、安全にご理解ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。  
ご多忙の中誠に恐縮ですが、下記の園児の疾患について、意見書欄に記入の上、保護者にお渡しくださいますよう、  
よろしく願いいたします。  
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。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、  
一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、意見書の記入をお願いします。

菩提幼稚園長 松本陽子様

感染症にかかわる登園に関する意見書

園名 学校法人松本学園 菩提幼稚園

※園児名 \_\_\_\_\_ ※保護者の方で園児名を記入してください

下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第 19 条及び「保育所感染症対策ガイドライン」にもとづき、療養を指示していましたが、症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりましたので、 年 月 日以降の登園が可能であると判断します。

（病名）（該当疾患に☐をお願いします）

- |                                     |                                  |                                     |  |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻しん        | <input type="checkbox"/> 百日咳     | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎    | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎            |
| <input type="checkbox"/> 風しん        | <input type="checkbox"/> 水痘・帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱      | <input type="checkbox"/> 腸管性出血性大腸菌感染症        |
| <input type="checkbox"/> 結核         | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> アデノウイルス咽頭炎 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A 型・B 型・不明） |
| <input type="checkbox"/> RS ウイルス感染症 |                                  | <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症 | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）        |

年 月 日

医療機関：

診察医師： \_\_\_\_\_