

意見書 (医師記入)

施設長 様

日光市立今市小学校長 様

学年 _____ 組 _____

児童生徒氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹 (はしか)
<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 (O157、O26、O111等)
<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 (_____) ※カッコ内に病名を記入

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登園・登校可能と判断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印

※保護者のみなさまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、医師により集団生活に支障がないと判断され、登園・登校を再開する際には、この意見書を提出してください。

(上都賀郡市北部地区医師会共通書式)

裏面もご覧ください

記入例

意見書 (医師記入)

施設長 様

〇〇〇 学校長 様

〇学年 〇組

児童生徒氏名 〇〇 〇〇

生年月日 平成〇年 〇月 〇日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹 (はしか)
<input type="checkbox"/>	風疹
<input type="checkbox"/>	水痘 (水ぼうそう)
<input checked="" 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 (O157、O26、O111等)
<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 () ※カッコ内に病名を記入

例) マイコプラズマ肺炎 等

医療機関で記入

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

令和 〇年 〇月 〇日から登園・登校可能と判断します。

令和 〇年 〇月 〇日

医療機関名 〇〇〇〇

医師名 〇〇 〇〇

印

※保護者のみなさまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、医師により集団生活に支障がないと判断され、登園・登校を再開する際には、この意見書を提出してください。

(上都賀郡市北部地区医師会共通書式)