

※保護者の方が太枠の事項を記入してから医療機関にお持ちください。	
園 名	多 賀 保 育 園
園児氏名	
生年月日	年 月 日
※以下は医師により記入してください。	
病 名 該当する病名に☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱・アデノウイルス感染症） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸チフス・パラチフス <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎（はやり目） <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他の感染症 （ ）
上記病名と診断した日	年 月 日

上記疾病は、感染の可能性がなくなりましたので、___月___日から登園しても差し支えありません。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____

※熱海市医師会のご協力により本意見書の文書料は無料となっています。

熱海市医師会に加入していない医療機関を受診した場合、文書料が有料となる場合があります。