

意見書（医師記入）

日光市立大室小学校長 殿

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）

	麻疹（はしか）
	インフルエンザ（A型・B型） ※型に○印
	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（O157、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（ ） ※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。

年 月 日から登園・登校可能と判断します。

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。

（上都賀郡市医師会北部地区医師会共通書式）