

登園に関する意見書（医師記入）

（新様式）

認定こども園にしばる 園長 様

クラス名 _____（※保護者記入）

園児名 _____

生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆病名 （※該当疾患に○印をお願いします。インフルエンザは必要事項を記入してください。）

＜初診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日＞ ←必ず記入をお願いします

| ○印 | 感染症名 | 登園のめやす |
|----|-----------------------------|---|
| | インフルエンザ（A・B） | 発症した後5日経過し、かつ解熱した後3日経過していること |
| | ◎発症した日 _____ 月 _____ 日 | ◎解熱した日 _____ 月 _____ 日 |
| | 麻しん（はしか） | 解熱後3日を経過していること |
| | 風しん | 発しんが消失していること |
| | 水痘（水ぼうそう） | すべての発しんが痂皮（かさぶた）化していること |
| | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 耳下腺、顎下腺、舌下腺、の腫脹が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること |
| | 結核 | 医師により感染の恐れがないと認められていること |
| | 咽頭結膜熱（プール熱） | 発熱、充血等の主な症状が消失した後2日経過していること |
| | 流行性角結膜炎（はやり目） | 結膜炎の症状が消失していること |
| | 百日咳 | 特有の咳が消失していること、又は適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること |
| | 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等） | 医師により感染の恐れがないと認められていること |
| | 急性出血性結膜炎 | 医師により感染の恐れがないと認められていること |
| | 侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎） | 医師により感染の恐れがないと認められていること |

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

_____ 月 _____ 日から登園可能と判断します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____

★かかりつけ医の皆さまへ

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、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

★保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「意見書」を園に提出してください。

保育所等における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）厚生労働省準用