# 意 見 書（医師記入）

川口よつば保育園　宛

園児氏名

生年月日　　年　　月　　日　生

（　病　名　）　　該当疾患に ○ をお願いします

| | 感染症名 | 登園のめやす |
|---|---|---|
| | インフルエンザ※（A・B）<br>解熱日　　月　　日 | 発症した後５日経過し、かつ、解熱した後２日経過していること(乳幼児の場合は３日経過していること) |
| | 新型コロナウイルス感染症※<br>発症日　　月　　日 | 発症した後５日経過し、かつ、症状が軽快した後１日経過するまで(症状軽快とは解熱剤を使用せず解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にある状態のこと) |
| | 麻しん(はしか)※ | 解熱後３日を経過していること |
| | 風しん | 発疹が消失していること |
| | 水痘(水ぼうそう) | すべての発疹がかさぶたになっていること |
| | 流行性耳下腺炎<br>(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 | 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<br>(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(無症状病原体保有者の場合、2回以上連続での検便で菌陰性) |
| | 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<br>(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 |
| | その他(　　) | |

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　　日から登園可能と判断します。

年　　月　　日

医療機関名

医師名

「※」印は必ずしも治癒の確認は必要ありません。意見書は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

◇かかりつけ医の皆様へ

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症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。

◇保護者の皆様へ

上記の感染症について、子供の症状が回復し、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。