

意見書 (医師記入)

つくばこどもの森保育園 園長殿

クラス _____ 園児名 _____

_____ 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) (アデノウイルス) ※ |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 (アデノウイルス) |
| <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) |

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 _____

※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。

※かかりつけ医の皆さまへ

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」を保育所に提出して下さい。

| 感染症名 | 感染しやすい期間 (※) | 登園のめやす |
|-------------------------------|----------------------------|--|
| 麻疹 (はしか) | 発症1日前から発しん出現後の4日後まで | 解熱後3日を経過していること |
| 風しん | 発しん出現の7日前から7日後くらい | 発しんが消失していること |
| 水痘 (水ぼうそう) | 発しん出現1~2日前から痂皮 (かさぶた) 形成まで | 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) | 発症3日前から耳下腺腫脹後4日 | 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) (アデノウイルス) | 発熱、充血等の症状が出現した数日間 | 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 (アデノウイルス) | 充血、目やに等の症状が出現した数日間 | 結膜炎の症状が消失していること |
| 百日咳 | 抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を経過するまで | 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) | — | 医師により感染のおそ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、トイレでの排泄習慣が確立している5歳以上の小児については出席停止の必要はなく、また、5歳未満の子どもについては、2回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能である。) |
| 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 |

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については (—) としている。

登園届 (保護者記入)

つくばこどもの森保育園 園長殿

クラス _____ 園児名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

(病名) (該当疾患に をお願いします)

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 溶連菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> | マイコプラズマ肺炎 |
| <input type="checkbox"/> | 手足口病 |
| <input type="checkbox"/> | 伝染性紅斑 (りんご病) |
| <input type="checkbox"/> | 感染性胃腸炎 (ウイルス・細菌性胃腸炎、お腹の風邪と診断されたとき) |
| <input type="checkbox"/> | ヘルパンギーナ |
| <input type="checkbox"/> | R S ウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> | 帯状疱疹 |
| <input type="checkbox"/> | 突発性発しん |

※5 類感染症

| | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症 |

(受診日)令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日、(医療機関名) _____ において、診断されました。
病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____

※保護者の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での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は、登園の目安を参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

| 感染症名 | 感染しやすい期間 | 登園のめやす |
|---|---|--------------------------------------|
| 溶連菌感染症 | 適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間 | 抗菌薬内服後24-48時間が経過し、発熱や発疹等の症状が回復していること |
| マイコプラズマ肺炎 | 適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間 | 発熱や激しい咳が治まっていること |
| 手足口病 | 手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間 | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること |
| 伝染性紅斑 (りんご病) | 発しん出現前の1週間 | 全身状態が良いこと |
| 感染性胃腸炎 (ウイルス・細菌性胃腸炎、 お腹の風邪と診断されたとき) | 症状のある間と、症状消失後1週間 (量は減少していくがウイルスは数週間排出されるので注意が必要) | 嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること |
| ヘルパンギーナ | 急性期の数日間 (便の中に1か月程度ウイルスを排出している ので注意が必要) | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること |
| R S ウイルス感染症 | 呼吸器症状のある間 | 呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと |
| 帯状疱疹 | 水疱を形成している間 | すべての発しんが痂皮(かさぶた)化していること |
| 突発性発しん | — | 解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと |

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については(—)としている。

※5 類感染症

| | | |
|--------------|--------------------------------------|---|
| インフルエンザ | 症状が有る期間(発症前24時間から発病後3日程度までが最も感染力が強い) | 発症した日を0日として、5日を経過し、かつ解熱した後3日経過していること |
| 新型コロナウイルス感染症 | 発症後5日間 | 発症した後5日間を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過すること ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること |