

意見書（医師記入）

施設名 _____ 保育園

児童名 _____

該当する疾病に○印をつけてください

| 医師 記入欄 | 疾病名 | 登園のめやす |
|-----------|---------------------------------|---|
| | 麻疹（はしか）※ | 解熱後3日を経過していること |
| | インフルエンザ※ | 発症日 月 日 |
| | | 発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日経過するまで |
| | 風しん | 発しんが消失していること |
| | 水痘（水ぼうそう） | 全ての発しんが痂皮（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 |
| | 流行性角結膜熱（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） | 医師により感染のおそれがないと認められていること |
| | 急性出血性結膜炎 | 医師により感染のおそれがないと認められていること |
| | 侵襲性髄膜炎菌感染症 （髄膜炎菌髄膜炎） | 医師により感染のおそ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。

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の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」を保育園に提出してください。