

意見書

施設名 _____ 園

児童氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 生

※保護者の方は施設名、児童氏名、生年月日をご記入ください。

以下、医師記入

(該当疾患に☑をお願いします)

| ☑ | 感染症名 | 登園のめやす |
|---|--------------------|---|
| | 麻疹 (はしか) | 熱が下がってから3日が経過している。 |
| | インフルエンザ (_____ 型) | 発症した翌日から数えて5日が経過していることと、熱が下がってから3日が経過していること。 |
| | 新型コロナウイルス感染症 | 発症した翌日から数えて5日が経過していることと、症状が無くなってから1日が経過していること。 ※無症状感染者の場合は検体検査をした翌日から数えて5日が経過していること。 |
| | 風しん | 発しんが無くなっていること。 |
| | 水痘 (水ぼうそう) | 全ての発しんがかさぶたになっていること。 |
| | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 耳周り、ほほ周り、あご周りの腫れが現れてから5日が経過していることと、全身の状態が良くなっていること。 |
| | 結核 | 医師から感染の恐れがないと認められてから。 |
| | 咽頭結膜熱 (プール熱) | 発熱や目の充血等、主な症状が無くなってから2日が経過していること。 |
| | 流行性角結膜炎 | 結膜炎の症状が無くなっていること。 |
| | 百日咳 | 適正な薬による5日間の治療が終了し、医師が許可してから。 |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 | 医師により感染の恐れがないと認められてから。 ※無症状の場合は、トイレでの排せつ習慣が確立している5歳以上の子どもについては登園停止の必要はない。 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。 |
| | 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から。 |
| | 侵襲性髄膜炎菌感染症 | 医師により感染の恐れがないと認められてから。 |

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。

医療機関名 _____

医師名 _____

(印またはサイン)

※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。

記入例

意見書

下記の感染症と診断された際には、
病院備え付け、または保護者が用意した意見書にお子様に通園している施設名、お子様のお名前、生年月日を保護者が記入して下さい。

施設名 鹿屋保育園

児童氏名 かのや たろう

2020年 11月 11日生

※保護者の方は施設名、児童氏名、生年月日をご記入ください。

以下、医師記入

(該当疾患に☑をお願いします)

| ☑ | 感染症名 | 登園のめやす |
|---|------------------|---|
| | 麻疹 (はしか) | 熱が下がってから3日が経過している。 |
| ✓ | インフルエンザ (型) | 発症した翌日から数えて5日が経過していること、熱が下がってから3日が経過していること。 |
| | 新型コロナウイルス感染症 | 発症した翌日から数えて5日が経過していること、症状が無くなってから1日が経過していること。 ※無症状感染者の場合は検体検査をした翌日から数えて5日が経過していること。 |
| | 風しん | |
| | 水痘 (水) | |
| | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 耳周り、ほほ周り、あご周りの腫れが現れてから5日が経過していること、全身の状態が良くなっていること。 |
| | 結核 | 医師から感染の恐れがないと認められてから。 |
| | 咽頭結膜熱 (プール熱) | 発熱や目の充血等、主な症状が無くなってから2日が経過していること。 |
| | 流行性角結膜炎 | 結膜炎の症状が無くなっていること。 |
| | 百日咳 | 適正な薬による5日間の治療が終了し、医師が許可してから。 |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 | 医師により感染の恐れがないと認められてから。 ※無症状の場合は、トイレでの排せつ習慣が確立している5歳以上の子どもについては登園停止の必要はない。 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。 |
| | 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から。 |
| | 侵襲性髄膜炎菌感染症 | 医師により感染の恐れがないと認められてから。 |

診断された先生は該当する感染症に✓をお願い致します。

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

2024年 2月 21日から登園可能と判断します。

登園が可能となる日付の記入をお願いします。
(例)診察の翌日から登園が可能と判断する場合は翌日の日付を記入。

医療機関名

医師名

(印またはサイン)

※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。