

# 登園に関する意見書（医師記入）

（新様式）

認定こども園とうぶ 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