

意見書（医師記入）

令和5年4月改正

※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。感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで1人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、下記感染症について意見書の記入をお願いします。

さくらぎ保育園 園長殿

クラス 園児名

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）
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜熱（はやり目）
<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）

病状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

令和 年 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

保護者の方へ

上記の感染症について、子どもの症状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと診断され、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。また、症状があった項目について下記にご記入をお願いします。

発症日（初めて症状がでた日）： 月 日

発熱： 無・有（ 月 日～ 月 日 最高： ℃）

発疹： 無・有（ 月 日～ 月 日）

発疹があった部位に○をつけてください

〔 全身・顔・頭・胸・腹・背中・腰・右腕・右手・左腕・左手
右足・左足・お尻・その他（ ） 〕

咳： 無・有（ 月 日～ 月 日）

嘔吐： 無・有（ 月 日～ 月 日 回数： 回）

下痢： 無・有（ 月 日～ 月 日 回数： 回）

その他の症状がありましたら、ご記入ください

（ ）

※感染症と診断された場合は、園に連絡をお願いします。

※かかりつけ医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。

※インフルエンザは、別紙の「新型・季節性インフルエンザ罹患後登園届（保護者記入）」を提出してください。

※新型コロナウイルス感染症は、別紙の「新型コロナウイルス罹患後登園届（濃厚接触者特定後登園届）」を提出してください。

感染症	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
風しん	発疹が消失していること
水痘(水ぼうそう)	すべての発しんが痂皮化(かさぶた)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日を経過するまで、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)	主な症状(発熱、充血など)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	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌薬による治療が終了するまで
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 (無症状の場合、5歳未満の子どもは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いること
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いること

(2018年厚生省保育所における感染症対策ガイドラインより)