

感染症等に係る登園に関する意見書

(治癒証明/陰性証明・経過観察診断書)

在籍園： 社会福祉法人 恵裕会 光の峰保育園

氏名： (男・女)

生年月日： 年 月 日

- 下記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則にもとづき療養を指示していましたが、
感染のおそれがきわめて少なくなったので、 月 日以降の登園が可能であると判断しました。

第1種感染症 「 」 【治癒】

第2種感染症	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ (A型・B型)	発症した後 (発熱の翌日を1日目として) 5日を経過し かつ、解熱した後3日を経過するまで			
	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	発症した後 (発熱の翌日を1日目として) 5日を経過し かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで			
	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現したあと5日経過し かつ全身状態が良好			
	<input type="checkbox"/>	百日咳	特有の咳が消失または5日間の適正な抗菌性物質製剤療法が終了			
	<input type="checkbox"/>	麻疹	解熱後3日経過	<input type="checkbox"/>	風疹	発疹消失
	<input type="checkbox"/>	水痘	すべての発疹の痂皮化	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	主要症状消褪後2日経過
	<input type="checkbox"/>	結核	感染のおそれなし	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれなし

第3種感染症	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎				
[感染のおそれなし]	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症*	*便の細菌培養において2回陰性が確認されたものとするのが一般的である					
		コレラ	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢	<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>	パラチフス

◆第3種その他の感染症 [①～④は、出席停止により感染拡大防止効果があるもの]

<input type="checkbox"/>	① A群溶血性連鎖球菌咽頭炎 (溶連菌感染症)
<input type="checkbox"/>	② アデノウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	③ 感染性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどによるもの)
<input type="checkbox"/>	④ 急性細気管支炎 (主としてRSウイルス感染、ヒトメタニューモウイルス感染によると考えられるもの)
<input type="checkbox"/>	【その他、個人の療養効果を重視した感染症】 ○マイコプラズマ感染症/異型肺炎 ○単純ヘルペス歯肉口内炎 ○带状疱疹 ○ヘルパンギーナ ○クループ ○他 ()

- いまだ病名の確定には至ってませんが、下記のような病状から「感染のおそれなし」と判断できず、
現時点での登園は不適切であると判断します

- 血液・粘液を含む便 この24時間以内に複数回の嘔吐 原因不明の発疹
 よだれを伴う口内痛・口内炎 発熱・脱水などの全身症状と持続する原因不明の腹痛
 がんこな咳漱 唾液腺の腫大

その他の意見： ()

年 月 日

医療機関名：

診察医師 (診察した医師に限る)：