

登園許可書 (医師記入用)

希望ヶ丘第二保育園施設長 殿

[園児名] _____

[生年月日] _____ 年 _____ 月 _____ 日

【病名】 ※該当疾患に○印をお願いします。

| 数 | 印 | 疾患名 | 登園の目安 ※目安であり登園は医師判断 |
|----|---|--------------------------------|--|
| 1 | | 麻疹 (はしか) ※注 | 解熱後3日を経過していること |
| 2 | | インフルエンザ ※注 | 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 |
| 3 | | 新型コロナウイルス感染症 | 発症した後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 |
| 4 | | 風しん | 発しんが消失していること |
| 5 | | 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 |
| 6 | | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の膨張が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること |
| 7 | | 結核 | 医師により感染のおそれがないと認められていること |
| 8 | | 流行性角結膜炎 | 結膜炎の症状が消失していること |
| 9 | | 百日咳 | 特有な咳が消失している又は5日間の適正な抗菌薬による治療が終了していること |
| 10 | | 腸管出血性大腸菌感染症 (O-157、O26、O111 等) | 医師において感染のおそれがないと認められていること |
| 11 | | 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ること |
| 12 | | 侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎) | 医師において感染の恐れがないと認められていること |

症状も回復し、集団保育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。

※医師様へ

保育所は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場所です。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意見書の記入をお願いします。

※保護者様へ

上記の感染症について、子どもの症状が回復し、医師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。

年 月 日

【医療機関名】

【医師署名】

※署名でない場合は押印

印