

意見書

社会福祉法人レイクアルスター

幼保連携型認定こども園チューリップ保育園

クラス

園児名

病名 (○印をつけて下さい)

1. 麻疹 (はしか) . . . 解熱後3日経過
2. 風疹 (ふうしん) 様疾患 . . . 発疹消失
3. 水疱瘡 (みずぼうそう) 又はヘルペス(带状疱疹) . . . すべての発疹の痂皮化
4. インフルエンザ (型) . . . 発熱後5日かつ解熱後3日経過 (発症日・解熱した日は含まず)
5. 百日咳様疾患 . . . 特有の咳が消失 または 5日間の適切な抗菌性物質製剤療法が終了
6. マイコプラズマ感染症 . . . 発熱や激しい咳が治まっていること
7. 結核 . . . 感染のおそれなし
8. ウイルス性胃腸炎 (ロタウイルス、ノロウイルス、アデノウイルスを含む)
. . . 下痢、嘔吐等の症状が治まり、普段の食事がとれること
9. 腸管出血性大腸菌感染症 (O-157)
... 症状が治まりかつ抗菌薬による治療が終了し、48時間をあけて連続2回の検便によっていずれも菌陰性が確認されたもの
10. 流行性角結膜炎 . . . 感染のおそれなし
11. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 様疾患 (右 ・ 左 ・ 両方)
... 耳下腺、顎下腺、または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
12. 急性出血性結膜炎 . . . 感染のおそれなし
13. 咽頭結膜熱 (プール熱) (アデノウイルス感染症) . . . 主要症状消退後2日経過
14. 髄膜炎菌性髄膜炎 . . . 感染のおそれなし
15. その他の伝染病 ※ご記入ください (病名 _____)
(その他の伝染病とは、医師が感染すると判断する疾病すべてが対象となります。)

備考欄 (医師によるその他意見があれば御記入ください)

発病年月日 令和 年 月 日

治癒年月日 令和 年 月 日

上記疾患が治癒または軽快し、主要症状が消褪して他への感染の恐れがないものと認め、

令和 年 月 日 より登園を許可します。

記入年月日 令和 年 月 日

医療機関名

印

医師氏名

印

医療機関へお願い

社会福祉法人レイクアルスター 幼保連携型認定こども園チューリップ保育園では、学校伝染病にかかった子どもが登園するときは、意見書を提出して頂くよう指導しておりますのでよろしくお願い致します。

(平成24年4月学校保健安全法改正に準拠)