

意見書

東忠岡こども園

クラス _____

氏名 _____

下記の疾患のため _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで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 _____ 日より登園が可能と判断しました。
(該当する疾病にチェックしてください)

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ (A型・B型) | [発病後5日かつ解熱後3日経過] |
| <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 ・ 帯状疱疹 | [すべての発疹の痂皮化] |
| <input type="checkbox"/> | 結核 | [医師が伝染のおそれはないと認めるまで] |
| <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日間の適正な抗菌製剤療法が終了] |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱 | [主要症状消褪後2日経過] |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 | [医師が伝染のおそれはないと認めるまで] |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎 | [医師が伝染のおそれはないと認めるまで] |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 | [便の細菌培養で陰性を2回確認] |
| <input type="checkbox"/> | 髄膜炎菌性髄膜炎 | [医師が伝染のおそれはないと認めるまで] |
| <input type="checkbox"/> | A群溶血性連鎖球菌咽頭炎 (溶連菌感染症) | [抗生物質投与後24時間以上経過] |

ただし、 _____ 月 _____ 日まで (薬品名) _____ の服用が必要です。
こども園でも昼食後に _____ (1回量) 服薬をお願いします。

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | アデノウイルス感染症 | [医師が伝染のおそれはないと認めるまで] |
| <input type="checkbox"/> | 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) | [下痢・嘔吐などの症状から回復し全身状態が良好] |
| <input type="checkbox"/> | RSウイルス感染症 | [重篤な呼吸症状が消失し、全身状態が良好] |
| <input type="checkbox"/> | マイコプラズマ感染症 | [著しい発熱や咳がなく、全身状態が良好] |
| <input type="checkbox"/> | ヘルペス | [医師が伝染のおそれはないと認めるまで] |
| <input type="checkbox"/> | その他 _____ | [出席停止処置が望ましい疾患全てが対象] |

その他の意見・注意事項 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

診察医師名