

# 意見書

東忠岡保育所

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 \_\_\_\_\_ 日より登所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"/> | 風しん                   | [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<br>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<br>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。  
保育所でも昼食後に \_\_\_\_\_ (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称となります。] |

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