

意見書（医師記入）

保育施設長様

児童名 _____

病名

上記の感染症について、症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので、____月____日から登所（園）可能と判断します。

____年 ____月 ____日

医療機関 _____

医師名 _____

Ⓔ

<かかりつけ医のみなさまへ>

保育施設は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。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、下記の感染症について、意見書の記入をお願いします。

<保護者のみなさまへ>

下記の感染症について、子どもの症状が回復し、かかりつけ医により集団生活が可能な状態と判断され、登所（園）を再開する際には、この「意見書」を保育施設に提出してください。

○ 医師が記入した意見書が必要な感染症

感染症名	感染しやすい期間	登所（園）のめやす
麻疹（はしか）※	発症 1 日前から発しん出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過していること
インフルエンザ ※	症状がある期間（発症前 24 時間から発病後 3 日程度までが最も感染力が強い）	発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 3 日を経過していること
風しん	発しん出現の 7 日前から 7 日後くらい	発しんが消失していること
水痘（水ぼうそう）	発しん出現 1～2 日前から痂皮（かさぶた）形成まで	すべての発しんが痂皮化（かさぶた化）していること
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症 3 日前から耳下腺腫脹後 4 日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから 5 日を経過するまで、かつ全身状態が良好になっていること
結核	明確に提示できない	医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱（プール熱）※	発熱、充血等の主な症状が出現した数日間	発熱、充血等の主な症状が消失した後 2 日経過していること
流行性角結膜炎	充血、目やに等の症状が出現した数日間	結膜炎の症状が消失していること
百日咳	抗菌薬を使用しない場合、咳出現後 3 週間を経過するまで	特有の咳が消失していること又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による 5 日間の治療を終了していること
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）	明確に提示できない	医師により感染のおそれがないと認められていること（無症状病原体保有者の場合、トイレでの排泄習慣が確立している 5 歳以上の小児は出席停止の必要はなく、5 歳未満の子どもについては、2 回以上連続で便から菌が検出されなければ登所（園）可能である。）
急性出血性結膜炎	明確に提示できない	医師により感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症	明確に提示できない	医師により感染の恐れがないと認められていること

※ 必ずしも治療の確認の必要はありません。意見書は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

インフルエンザ治癒報告書

こども園 施設 長 様

児童名 _____

上記の者は、インフルエンザ（疑いを含む）を発症した後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過し治癒しており、他に感染のおそれがないことを報告いたします。

記

1 発症日からの経過（「月/日」「発熱の有無」の欄）を記入してください。

発症日は、「発熱した日、または診断されるきっかけとなった症状がみられた日」とし、0日目から数えます。出席停止の基準は下の表のとおりですが、医師から基準より長く出席停止を指示された場合や登所（園）可能な日を過ぎても体調がすぐれない場合は、無理をさせず医師の指示に従ってください。

発症日からの日数	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
発熱の有無 (いずれかに○)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
発熱がなかった場合	症状が出た日									
発熱があった 場合	解熱日						登園 可能			
		解熱日								
			解熱日						登園可能	
※解熱日より、登 所（園）が可能に なる日が異なる				解熱日					登園可能	
						解熱日				登園可能
							解熱日			

※ の部分は、出席停止の期間です。

※ 発症3日目以降に解熱した場合は、解熱日が1日延びるごとに1日ずつ出席停止期間も延びていきます。

2 診断名 インフルエンザ（A型・B型）

※ 型が分かっている場合は、該当するものに○を付けてください。

3 発症日 令和 年 月 日（ ）

4 受診日・受診先 令和 年 月 日（ ） 医療機関名

5 欠席した期間 令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）

※インフルエンザ（疑いを含む）の診断あるいは症状により、欠席した期間を記入する。

保護者氏名 _____ 印