| 登園許可証明書(意見書)          |        |      |         |         |   |  |
|-----------------------|--------|------|---------|---------|---|--|
| 大和市長                  | 入所児童氏名 |      |         |         |   |  |
|                       |        |      |         |         |   |  |
| 病名「                   |        |      |         | 1_      |   |  |
| 年                     | 月      | 日から短 | 宦状も回復し、 | 集団生活に支障 | が |  |
| ない状態になったので登園可能と判断します。 |        |      |         |         |   |  |
|                       |        | 年    | 月       | 日       |   |  |
| 12                    | 医療機関名  |      |         |         |   |  |
| <del>-</del>          | 医師名    |      |         |         |   |  |

保育所は、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、子どもたちが一日快適に生活できるよう、下記の感染症について登園許可証明書の提出をお願いします。 感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育所生活が可能な状態になってからの登園 となるようにご配慮ください。

## 〇医師が記入した意見書 (登園許可証明書) が必要な感染症

| 病 名                      | 感染しやすい期間                         | 登園の目安   |  |
|--------------------------|----------------------------------|---|--|
| 麻しん (はしか)                | 発症   日前から<br>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  |  |
| 風しん                      | 発しん出現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(みずぼうそう)               | 発しん出現 I ~ 2 日前から痂皮(かさぶた)<br>形成まで | すべての発しんが痂皮(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、舌下腺の腫脹が出現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること  |  |
| 結核                       | (-)                              | 医師により感染の恐れがないと認められて<br>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                      | 抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を<br>経過するまで   | 特有の咳が消失していること、または適正な<br>抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了<br>していること   |  |
| 腸管出血性大腸菌感染症              | (-)                              | 医師により感染の恐れがないと認められていること<br>(無症状病原体保有者の場合、トイレでの排<br>泄習慣が確立している5歳以上の小児については出席停止の必要はなく、また5歳未満<br>児の子どもについては、2回以上連続で便か<br>ら菌が検出されなければ登園可能である) |  |
| 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て<br>いること   |  |
| 侵襲性髄膜炎菌感染症<br>(髄膜炎菌性髄膜炎) | (-)                              | 医師により感染の恐れがないと認められて<br>いること   |  |

<sup>※</sup>感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については(-)としている