

意見書（医師記入）

（宛先）

保育施設長

入所児童名：

生年月日： 年 月 日

病名（該当疾患に☑をお願いします）

<input type="checkbox"/>	麻しん（はしか）※
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ※
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症※
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）※
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（0157、026、0111 等）
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

保育園には、 年 月 日から登園可能と判断します。

記入日： 年 月 日

医療機関名

医師名

※必ずしも治癒の確認は必要ありません。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できます。

感染症名	登園のめやす
麻しん（はしか）※	解熱後3日を経過していること
インフルエンザ※	発症した後5日経過し、かつ解熱した後3日経過していること
新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過すること ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること
風しん	発しんが消失していること
水痘（水ぼうそう）	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）	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから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いること
咽頭結膜熱（プール熱）	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	結膜炎の症状が消失していること
百日咳	特有の咳が消失していること又は適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること
腸管出血性大腸菌感染症 （0157、026、0111 等）	医師により感染の恐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歳以上の小児については出席停止の必要はなく、また、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いること
侵襲性髄膜炎菌感染症（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いること

参考資料：こども家庭庁「保育所における感染症対策ガイドライン」

保護者の皆様へ：上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に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「意見書」を保育園に提出してください。