

※かかりつけ医の皆さまへ

こども園は、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、一人ひとり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載をお願いします。

意見書 (医師記入)

認定こども園すくすく 園長 殿

下記感染症発症日 年 月 日

児童名

年 月 日 生

(該当疾患に☑をお願いします)

| | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | ○第1種感染症 () |
|--------------------------|-------------|

○第2種感染症

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> | 麻疹 (はしか) |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) |
| <input type="checkbox"/> | 風疹 (三日はしか) |
| <input type="checkbox"/> | 水痘 (水ぼうそう) |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜炎 (プール熱) アデノウイルス性咽頭炎 |
| <input type="checkbox"/> | 結核 |
| <input type="checkbox"/> | 侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎) |

○第3種感染症

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111 等) |
| <input type="checkbox"/> | 腸チフス |
| <input type="checkbox"/> | パラチフス |
| <input type="checkbox"/> | コレラ |
| <input type="checkbox"/> | 細菌性赤痢 |

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、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、かかりつけの医師が記載した「意見書」を園に提出して下さい。

2 学校保健安全法において、保育園で出席停止が求められる主な疾患と基準

| 感染症の種類 | | 登校停止期間の基準（以下の基準に基づき、主治医が判断する） |
|--------|--------------------------|--|
| 第1種 | エボラ出血熱 | 治癒するまで |
| | クリミア・コンゴ出血熱 | |
| | 痘そう | |
| | 南米出血熱 | |
| | ペスト | |
| | マールブルグ熱 | |
| | ラッサ熱 | |
| | 急性灰白髄炎 | |
| | ジフテリア | |
| | 重症急性呼吸器症候群（SARS コロナウイルス） | |
| | 中東呼吸器症候群（MERS コロナウイルス） | |
| | 特定鳥インフルエンザ | |
| | 指定感染症 | |
| | 新感染症 | |
| 第2種 | 百日咳 | 特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで |
| | 麻疹（はしか） | 解熱した後3日を経過するまで |
| | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ・ムンプス） | 耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、治療が終了するまで |
| | 風しん（三日はしか） | 発しんが消失するまで |
| | 水痘（水ぼうそう） | すべての発しんが痂皮化するまで |
| | 咽頭結膜熱（プール熱） | 主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| | 結核 | 病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで |
| | 髄膜炎菌性髄膜炎 | 主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| 第3種 | コレラ | 病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで |
| | 細菌性赤痢 | |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 | |
| | 腸チフス | |
| | パラチフス | |
| | 流行性角結膜炎 | |
| | 急性出血性結膜炎 | |

※ただし、
医師が感染
のおそれが
ないと認め
たときは、
この限りで
はない