

## 意見書（医師記入）

カンガルー療育支援室施設長 殿

入所児童氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

（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"/> | 風しん                          |
| <input type="checkbox"/> | 水疱（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（O157、O26、O111 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                   |

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 \_\_\_\_\_

※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可能です。

※かかりつけ医の皆さまへ

当施設は乳幼児、児童が集団で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、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

※保護者の皆さまへ

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」を提出してください。

《医師が意見書を記入することが考えられる感染症》

| 感染症名                        | 感染しやすい期間(※)                          | 登園のめやす／登園停止期間  |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| 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時間から発症後3日程度までが最も感染力が強い） | 発症した後5日経過し、かつ解熱した後2日経過していること（乳幼児にあっては、3日経過していること）                    |
| 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（みずぼうそう）                  | 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（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                         | 抗菌薬を服用しない場合、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適正な抗菌生物質製剤による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（O157、O26、O111等） | —                                    | 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、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ていること  |

※感染しやすい期間を明確に提示出来ない感染症については（—）としている