

<意見書 (医師記入) >

意見書 (医師記入)

保育所施設長 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"/> | 麻疹 (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 (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 (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。

_____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

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、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、この「意見書」を保育所に提出して下さい。

表8 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 |
|------------------------------|---------------------------------------|--|
| 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 | 症状が有る期間 (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) |
| 新型コロナウイルス感染症 | 発症後5日間 | 発症から5日間経過し、かつ症状軽快後1日を経過すること |
| 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 (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、充血等の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 (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、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 |

※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 (一) としている。