

【登園に関する意見書】

保護者 記入欄	社会福祉法人 マナ会 _____ 保育園
	園児名
	生年月日 平成 ____年 ____月 ____日 (____歳)

～以下は医療機関にてご記入をお願いします～

下記の疾患について感染のおそれが極めて少なくなったので
____月 ____日以降の登園が可能であると判断しました。

- インフルエンザ(A型・B型) 【発病後5日かつ解熱後3日経過】
- 麻疹(はしか)【解熱後3日経過】 風疹(3日はしか)【発疹消失】
- 水痘(水ぼうそう)【すべての発疹の痂皮化】
- 咽頭結膜熱(プール熱)【主要症状消褪後2日経過】
- 流行性耳下腺炎【耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日経過しかつ全身が良好】
- 百日咳【特有の咳が消失 または 5日間の適正な抗菌性物質製剤療法が終了】
- 結核【感染のおそれなし】 髄膜炎菌性髄膜炎【感染のおそれなし】

- 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎
- 腸管出血性大腸菌感染症(O-157など)【便の細菌培養において2回陰性が確認されたもの】
- コレラ 細菌性赤痢 腸チフス
- パラチフス

- A群溶血性連鎖球菌咽頭炎(溶連菌感染症)
- アデノウイルス感染症
- 感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスによるもの)
- 急性細気管支炎(主としてRSウイルス感染によると思われるもの)
- マイコプラズマ感染症・異型肺炎
- 単純ヘルペス歯肉口内炎・带状疱疹・(_____)

- 伝染性膿痂疹(とびひ) ヘルパンギーナ アタマジラミ
- 流行性嘔吐下痢症 突発性発疹 伝染性紅斑
- 手足口病
- (その他の疾患 _____)

平成 ____年 ____月 ____日
医療機関名
診察医師 (診察した医師に限る)

～お医者様へお願い～

保育園では0～6歳までの子どもたちが生活を共にします。
食事・排泄・運動などで他児と接触することが多く、感染症に罹りやすい環境です。
とびひ・アタマジラミなど、通常、出席停止が必要でないと判断される病名でも、保育園として登園に関する意見をお願いする場合があります。
お手数をおかけしますが、よろしくお願い申し上げます。

社会福祉法人マナ会
大阪市鶴見区今津中4-4-22
TEL06-6967-3455