

<意見書（医師記入）>

横浜市標準様式<保育所等用>

意見書（医師記入）

（園名）

_____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"/> | 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"/> | 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） |
| <input type="checkbox"/> | 麻疹（はしか）※ |
| <input type="checkbox"/> | 風しん |
| <input type="checkbox"/> | 結核 |

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

保育所等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」を保育所等に提出して下さい。

医師が意見書を記入する感染症の概要

| 感染症名 | 感染しやすい期間 (※) | 登園のめやす |
|-----------------------------------|--|--|
| 水痘 (水ぼうそう) | 発しん出現1～2日前から かひ 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 しゅちよう 腫脹 後4日 | じかせん がっかせん ぜっかせん しゅちよう 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 |
| いんとう 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 せき | 抗菌薬を服用しない場合、 せき 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 (ずい ずい 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

※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 (—) としている。