

登園の際には、医師の診断による、登園許可証の提出をお願いいたします。

(なお、登園の目安は、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。)

企業主導型保育施設 mofu 園長 殿

入所幼児名

生 年 月 日 年 月 日 (歳 児)

●該当疾患に☑をお願いします

感染症名		登園可能な状態
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過すること (乳幼児にあつては、3日を経過するまで)
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過すること
<input type="checkbox"/>	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こと
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	熱後3日を経過していること
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから 5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になること
<input type="checkbox"/>	風疹(三日ばしか)	発疹が消失していること
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮(かさぶた)化していること
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)	主な症状(発熱、咽頭発赤、眼の充血)が消え2日経過していること
<input type="checkbox"/>	結核	医師により感染のおそれがないと認められること
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)	医師により感染のおそれがないと認められること
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎 (はやり目)	医師により感染のおそれがないと認められること (結膜炎の症状が消失してから)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	医師により感染のおそれがないと認められること
<input type="checkbox"/>	腸管出血性 大腸菌感染症 (O157、O26、O111等)	症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、 48時をあけて連続2回の検便によって、 いずれも菌陰性が確認されること

※上記の基準は、「保育所における感染症対策ガイドライン」に準じています。

上記の通り、感染症に罹患しましたが、本日の診察では集団生活に支障がないと認められますので、下記の期日より登園して差し支えありません。

登園しても良いと認められる月日

年 月 日から

医療機関名

医師名

印