

## 登園許可書

《医師》が記入した登園許可証が必要な感染症

| ○印 | 病名                            | 登園のめやす                                       |
|----|-------------------------------|----------------------------------------------|
| 1  | 麻疹（はしか）                       | 解熱した後3日を経過してから                               |
| 2  | 風疹（三日はしか）                     | 発しんが消失してから                                   |
| 3  | 水痘（水ぼうそう） ・ 帯状疱疹              | すべての発しんが、かさぶたになってから                          |
| 4  | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）               | 耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になってから |
| 5  | （入院・重症化した場合）<br>インフルエンザ A ・ B | 発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過してから                |
| 6  | 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を終了してから      |
| 7  | 結核                            | 感染の恐れがなくなってから                                |
| 8  | 咽頭結膜熱（プール熱）                   | 主症状が消失した後2日を経過してから                           |
| 9  | 流行性角結膜炎（はやり目）                 | 感染力が極めて強いので医師の判断が出てから                        |
| 10 | 急性出血性結膜炎                      | 医師の判断が出てから                                   |
| 11 | 腸管出血性大腸菌感染症（O-157）            | 感染力が極めて強いので医師の判断が出てから                        |
| 12 | 髄膜炎菌性髄膜炎                      | 感染の恐れがなくなってから                                |

（提出先） 新田保育園 組 氏名

出席停止期間 月 日から 月 日まで

年 月 日より登園してもよいことを証明します

医療機関名 医師名 印

## 登園届 （保護者が記入）

医師から登園可能と判断を受けた上で保護者が記入した届が必要な感染症

|    | 病名           | 登園のめやす                        |
|----|--------------|-------------------------------|
| 1  | 手足口病         | 症状が改善し全身状態が良好になってから           |
| 2  | 溶連菌感染症       | 治療開始後24時間経過し、全身状態が良好になってから    |
| 3  | 伝染性紅斑（りんご病）  | 全身状態が良好になってから                 |
| 4  | 感染性胃腸炎       | 医師に判断が出てから                    |
| 5  | ヘルパンギーナ      | 全身状態が良好になってから                 |
| 6  | マイコプラズマ肺炎    | 症状が改善し全身状態が良好になってから           |
| 7  | RSウイルス感染症    | 症状が改善し全身状態が良好になってから           |
| 8  | 突発性発疹        | 解熱し機嫌が良く、全身状態が良好になってから（園医の指示） |
| 9  | ヒトメタニューモウイルス | 症状が改善し全身状態が良好になってから（園医の指示）    |
| 10 | アデノウイルス感染症   | 解熱2日後、かつ、普段の食事が摂れてから（園医の指示）   |
|    |              |                               |

（提出先） 新田保育園 組 氏名

医療機関名 登園可能と判断された日 月 日

上記の通り相違ありません

年 月 日 保護者名

