

登園に関する意見書

園児名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

下記の疾患について感染のおそれがきわ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。

第1種感染症

(_____) 治癒しました

第2種感染症

- インフルエンザ (A型・B型・その他) 麻疹 水痘 風しん
 咽頭結膜熱 流行性耳下腺炎 百日咳 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】 コロナウイルス感染症

第3種感染症

- 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
 コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス
 溶連菌感染症 アデノウイルス感染症 感染症胃腸炎
 急性細気管支炎 マイコプラズマ感染症 帯状疱疹
 単純ヘルペス歯肉口内炎

その他

いまだ病名の確定には至っていませんが下記のような症状から感染のおそれなしと判断できず、現時点での登園は不適切であると判断します。

- ・血液、粘液を含む便 ・この24時間以内に複数回の嘔吐 ・原因不明の発疹
- ・よだれを伴う口内痛、口内炎 ・がんこな咳漱 ・唾液腺の肥大
- ・発熱、脱水などの全身症状と持続する原因不明の腹痛

手足口病 伝染性紅斑 (リンゴ病) ヘルパンギーナ 突発性発しん

その他の意見

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

診察医師

(診察した医師に限る)