

<意見書（医師記入）>

意見書（医師記入）

保育所施設長 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"/> | 麻しん（はしか）※                   |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ※                    |
| <input type="checkbox"/> | 新型コロナウイルス感染症※               |
| <input type="checkbox"/> | 風しん                         |
| <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"/> | 結核                          |
| <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）        |

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」を保育所に提出して下さい。

表 8 医師が意見書を記入することが考えられる感染症

| 感染症名                        | 感染しやすい期間（※）                              | 登園のめやす                                                                                                                               |
|-----------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                                                                                     |
| インフルエンザ                     | 症状が有る期間（発症前 24 時間から発病後 3 日程度までが最も感染力が強い） | 発症した後 5 日経過し、かつ解熱した後 2 日経過していること（乳幼児にあっては、3 日経過していること）                                                                               |
| 新型コロナウイルス感染症                | 発症後 5 日間                                 | 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<br>※無症状の感染者の場合は、検体採取日を 0 日目として、5 日を経過すること                                                        |
| 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                                                                                                                         |
| 水痘（水ぼうそう）                   | 発しん出現 1 ～ 2 日前から痂皮（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 日前から耳下腺腫脹後 4 日                      | 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                                                                                       |
| 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                                                                                                              |
| 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                         | 抗菌薬を服用しない場合、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。<br>（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（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                                                                                                              |

※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。