

# 〈学校感染症等に係る登園に関する意見書〉

赤穂あけぼの幼稚園

氏名

(男・女)

生年月日

年

月

日

下記の感染症に罹患したため、学校保健安全法施行規制に基づき療養を支持して  
おりましたが、集団保育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  
良いことを証明します。

病名・診断内容 〈 〉

登園してよいと認められる日 年 月 日から

※但し、登園時の体調や機嫌により、幼稚園での集団生活が困難と認められる場合には、家庭で休養することとする

第1種感染症	第2種感染症	第3種感染症	その他の感染症
<input type="checkbox"/> エボラ出血熱・クルミア・コンゴ出血熱・痘そう・南米出血熱	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(鳥インフルエンザは除く)	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> A 群溶血性連鎖球菌咽頭炎(溶連菌感染症)
<input type="checkbox"/> マールブルグ病・ペスト・ラッサ病・急性灰白髄炎・ジフテリア	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルス)
<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/> 急性細気管支炎(主にRSウイルス感染)
<input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	<input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 腸チフス	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(リンゴ病)
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱)	<input type="checkbox"/> パラチフス	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 結核		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎		<input type="checkbox"/> 突発性発疹

○プール遊びの可否(6・7月に限り)

診断名 : 伝染性膿痂疹(とびひ)・伝染性軟属腫(水いぼ)・手足口病・その他( )

[ 可 ・ 不可( 月 日より可) ]

※下記のような症状から「感染のおそれなし」と診断できず、現時点での登園は不適切であると、判断致します。

血液・粘液を含む便 24時間以内に複数の嘔吐 原因不明の発疹 よだれを伴う口内痛・口内炎  
発熱・脱水などの全身症状と持続する原因不明の腹痛 頑固な咳嗽 唾液腺の腫大

令和 年 月 日

医療機関名:

診療医師(診察した医師に限る):

印