

登園証明の必要な伝染病

以下の伝染病にかかったときは登園証明が必要です。

書式はダウンロードしたものを印刷するか園にあるものをご利用ください。

○ 医師が記入した意見書が望ましい感染症

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日を経過してから
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日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで（幼児（乳幼児）にあつては、3日を経過するまで）
風しん	発しん出現の前7日から後7日間くらい	発しんが消失してから
水痘（水ぼうそう）	発しん出現1～2日前から痂皮形成まで	すべての発しんが痂皮化してから
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日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで
結核		医師により感染の恐れがないと認めるまで
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等症状が出現した数日間	主な症状が消え2日経過してから
流行性角結膜炎	充血、目やに等症状が出現した数日間	感染力が非常に強いため結膜炎の症状が消失してから
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するまで
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時間をあけて連続2回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	ウイルスが呼吸器から1～2週間、便から数週間～数ヶ月排出される	医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎		医師により感染の恐れがないと認めるまで

○ 医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が望ましい感染症

病名	感染しやすい期間	登園のめやす
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間	抗菌薬内服後24～48時間経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍 ^{かいよう} が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑（リンゴ病）	発しん出現前の1週間	全身状態が良いこと
ウイルス性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノウイルス等）	症状のある間と、症状消失後1週間（量は減少していくが数週間ウイルスを排泄しているので注意が必要）	嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間（便の中に1か月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要）	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
RSウイルス感染症	呼吸器症状のある間	呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと
带状疱疹	水疱を形成している間	すべての発しんが痂皮化してから
突発性発しん		解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと

* 保育所における感染症ガイドラインより

登園証明

瑞穂のぞみ幼稚園・どんぐり保育園園長殿

園児名 _____ クラス _____

上記園児は、次の疾患で通院療養しておりましたが、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登園可能になりましたので証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印

病名

当該病名の横に☑をお願いしま

医師記入する登園届けが必要なもの		医師の診断を受けて保護者が記入するもの (医師の署名は必要ありません)	
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>
インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/>
風疹	<input type="checkbox"/>	手足口病	<input type="checkbox"/>
水痘 (水疱瘡)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (リンゴ病)	<input type="checkbox"/>
流行性耳下腺炎 おたふく風邪	<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノウイルス等)	<input type="checkbox"/>
結核	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>
咽頭結膜熱 (プール熱)	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>
流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	帯状疱疹	<input type="checkbox"/>
百日咳	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<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"/>		
髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/>		

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印