

保護者記入用

下記の感染症にかかった際には、登園届の提出をお願い致します。

保育園は乳幼児が集団で生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行はできるだけ防ぎ、子どもたちが快適に生活できるよう、よくかかる下記の感染症については、かかりつけ医の判断と下記の登園の目安を参考に、登園届の提出をお願い致します。お子様が、園での集団生活に適応できる状態に回復してからの登園であるよう、ご配慮をお願い致します。

医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が必要な感染症

* 尚、登園の目安は、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。

病名	感染しやすい期間	登園の目安
溶連菌感染症	適切な抗菌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	手足や口腔内に水泡・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑（りんご病）	発疹出現前の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・下痢などの症状が始まり普段の食事がとれること。 嘔吐が24時間ないこと
ヘルパンギーナ	急性期の数日間（便の中に1ヶ月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要）	発熱や口腔内の水泡・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
帯状疱疹（ヘルペス）	水泡を形成している間	すべての発疹が痂皮化してから
突発性発疹		解熱し機嫌がよく全身状態が良いこと
新型コロナウイルス感染症	発症後5日間	医師の指示に従って下さい。
その他（ヒトメタニューモウイルス等）		医師の指示に従って下さい。

登園届(保護者記入)	
成城つくしんぼ保育園 園長 殿	園児名 _____
病名 _____	
通院開始日 年 月 日	登園を許可された日 年 月 日
医療機関名 _____	保護者氏名 _____

主治医記入用

下記の感染症にかかった際には、医療機関の担当医に意見書(診断書)をもらってからの登園をお願い致します。

保育園は乳幼児が集団で生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行はできるだけ防ぎ、子どもたちが快適に生活できることが望まれます。下記の感染症については、かかりつけ医の判断と下記の登園の目安を参考に、登園届の提出をお願い致します。お子様が園での集団生活に適應できる状態に回復してからの登園であるよう、ご配慮をお願い致します。

医師が記入した意見書(診断書)が必要な感染症

* 尚、登園の目安は、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。

病名	感染しやすい期間	登園の目安
麻疹(はしか)	発症1日前から発疹出現後の4日後まで	解熱後3日を経過してから
インフルエンザ	症状がある期間(発症前24時間から発病後3日までが最も感染力が強い)	発症後5日を経過し、かつ解熱した後3日を経過してから
風疹	発疹出現の前7日から後7日間位	発疹が消失してから
水痘(水ぼうそう)	発疹出現1~2日前から痂皮形成まで	すべての発疹が痂皮化してから
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、舌下腺の腫脹が発言した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になってから
結核		医師により感染の恐れがないと認められてから
咽頭結膜熱(プール熱)	発熱・充血など、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(はやり目)	充血・眼脂など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	特有の咳が消失してから、全身状態が良好であること 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
腸管出血性大腸菌感染症(0-157 0-260 0-111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、いずれも近因性が確認されてから
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~数か月排出される	医師により感染の恐れがないと認められてから
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から

意見書(診断書)

成城つくしんぼ保育園 園長 殿

園児名 _____

病名 _____

登園停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

_____ 年 _____ 月 _____ 日から登園してもよいことを証明します。

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印又はサイン