

登園許可書 (医師記入)

富士見市立みずほ学園長

児童氏名 _____

| 該当病名に○ | 病名 | 登園の目安 |
|--------|-------------------------------|---|
| | 麻疹 (はしか) | 解熱後 3 日を経過していること。 |
| | インフルエンザ | 発症した後 5 日経過し、かつ、解熱した後 3 日経過していること。 |
| | 新型コロナウイルス感染症 | 発症した後 5 日経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日経過していること。 ※無症状の感染者の場合は、検体採取日を 0 日目として、5 日経過していること。 |
| | 風しん | 発しんが消失していること。 |
| | 水痘 (水ぼうそう) | すべての発しんが痂皮 (かひ) 化していること。 |
| | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 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 | 医師により感染のおそ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、充血など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 | 結膜炎の症状が消失していること。 |
| | 百日咳 | 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) | 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ていること。 |
| | 急性出血性結膜炎 | 医師により感染のおそ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) | 医師により感染のおそれがないと認められていること。 |

※ 上記の病気は、医師が登園可能の判断をするまでは出席停止となります。

上記の者は、上記の○印の病気の症状も回復し、集団生活に支障がない状態となったので、
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 _____