

## 治癒証明書 (医師記入)

園児氏名：

該当疾患に○	感染症名	出席停止期間の基準 (※以下の基準に基づき主治医が判断する)
	百日咳	特有の咳がなくなるまで、または 5 日間の適正な抗生物質により治療が終了するまで
	麻疹 (はしか)	解熱した後、3 日を経過するまで
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺、絶歌戦の腫れが出現した後、5 日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
	風しん (三日ばしか)	発疹が消えるまで
	水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹・水疱がかさぶ (痂皮化) になるまで
	帯状疱疹	
	咽頭結膜熱 (プール熱)	発熱、充血など主な症状がなくなった後、2 日を過ぎるまで
	流行性角結膜炎 (はやり目)	結膜炎の症状が消失していること
	急性出血性結膜炎	感染の恐れがないと医師に認められるまで
	結核	感染の恐れがないと医師に認められるまで
	腸管出血性大腸菌感染症 (O157,O26,O11 等)	感染の恐れがないと医師に認められるまで
	ウイルス性胃腸炎	嘔吐・下痢の症状が治まり、普段の食事がとれること
	髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがないと医師に認められるまで
	A 型肝炎	肝機能が正常化し、医師が認めれば登園可能 (B 型・C 型の出席停止は不要)
	E 型肝炎	
	その他の感染症	疾患名：

※かかりつけ医ご担当者さまへ

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子供が一日快適に生活できるように上記の感染症について治癒証明書のご記入をお願いします。

出席停止期間： 令和      年      月      日 ～      月      日

令和      年      月      日から登園しても支障がないことを認めます。

令和      年      月      日

医療機関名：

医 師 名：

印

※保護者の皆様へ

上記感染症について、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「治癒証明書」を保育園に提出してください。

## 治癒証明書の要らない登園届 (保護者記入)

園児氏名：

登園の目安を参考に、かかりつけ医の診断に従い、届の記入及び提出をお願いします。

基準を満たしていないと判断した場合には、登園をお断りすることがあります。

該当疾患に○	感染症名	登園の基準 (以下の基準に基づき園と保護者で判断する)				
	インフルエンザ A 型	発熱した日を 0 日と数え、5 日を経過し、かつ解熱後 3 日を経過するまで (発症日： 月 日・平熱になった日： 月 日)				
	インフルエンザ B 型					
	溶連菌感染症	抗生物質内服開始後 24 時間以上経過し、発熱・発疹などの諸症状がなく、園での活動に通常通り参加できること				
	マイコプラズマ感染症	発熱や呼吸器症状が治まり全身状態が良くなるまで (咳で睡眠が障害されず、食事もいつも通り摂ることができる状態)				
	RS ウイルス感染症					
	ヒトメタニューモウイルス感染症					
	突発性発疹	解熱後 2 4 時間以上経過し、食欲があり機嫌がよく、園での活動に通常通り参加できること				
	伝染性紅斑 (リンゴ病)	食欲があり機嫌がよく、園での活動に通常通り参加できること				
	ヘルパンギーナ	解熱後 2 4 時間以上経過し、口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事が摂れ、園での活動に通常通り参加できること				
	手足口病	解熱後 2 4 時間以上経過し、口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事が摂れ、園での活動に通常通り参加できること				
	伝染性膿痂疹 (とびひ)	適切な治療を受け、患部が覆うことができれば登園可能。 患部を覆えなければ全てのかさぶたがとれるまでは登園不可。				
	新型コロナウイルス (COVID-19)	発症した後 5 日を経過し、かつ、症状軽快*1後 1 日を経過するまで *1) 症状軽快とは、解熱剤を使用せず解熱し、かつ咳などの呼吸器症状が改善傾向にあるということ。 *2) 発症日が不明な場合は陽性判定日を記入して下さい。				
	発症日*2: 月 日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">① 病院を受診 医療機関名: _____</td> <td style="width: 30%;">令和 年 月 日受診</td> </tr> <tr> <td>② 自宅で抗原定性検査、または PCR 検査を実施</td> <td>令和 年 月 日検査</td> </tr> </table>	① 病院を受診 医療機関名: _____	令和 年 月 日受診	② 自宅で抗原定性検査、または PCR 検査を実施	令和 年 月 日検査
① 病院を受診 医療機関名: _____	令和 年 月 日受診					
② 自宅で抗原定性検査、または PCR 検査を実施	令和 年 月 日検査					
	症状軽快日: 月 日					

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (令和 年 月 日受診) において、上記疾患と診断されました。登園基準を満たしたので令和 年 月 日より登園いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名：