

# 学校感染症等に係る登園に関する意見書

〔氏名〕 (男・女)

〔生年月日〕 年 月 日生

◎下記の疾患に罹患したため、学校保健法施行規則第18条にもとづき療養を指示していましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、 月 日以降の登園が可能であると判断しました。

## 【第1種感染症】

( ) 感染のおそれなし

## 【第2種感染症】

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型)※鳥インフルエンザを除く〔解熱後2日経過〕 |  |
| <input type="checkbox"/> 麻疹〔解熱後3日経過〕                         | <input type="checkbox"/> 水痘〔すべての発疹の痂皮化〕    |
| <input type="checkbox"/> 風疹〔発疹消失〕                            | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎〔耳下腺の腫脹消失〕 |
| <input type="checkbox"/> 百日咳〔特有の咳消失〕                         | <input type="checkbox"/> 結核〔感染のおそれなし〕      |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)〔主要症状消褪後2日経過〕            |  |

## 【第3種感染症】〔感染のおそれなし〕

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎    | <input type="checkbox"/> コレラ     |
| <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢       | <input type="checkbox"/> 脹チフス    |
| <input type="checkbox"/> パラチフス       |                                  |

## 【その他の感染症】

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症                       | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症・異型肺炎 |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎( )                    | <input type="checkbox"/> 感染症膿痂疹〔とびひ〕     |
| <input type="checkbox"/> プール時のとびひ完治〔プール可〕             | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹〔ヘルペス〕      |
| <input type="checkbox"/> 急性細気管支炎〔RSウイルス感染によると考えられるもの〕 |  |
| <input type="checkbox"/> その他( )                       |  |

令和 年 月 日

〔医療機関名〕

〔診療医師名〕

