

医師の意見書 【様式】

(保護者の皆様へ)

下記の感染症に感染した場合は、「医師の意見書」の提出が必要です。かかりつけ医の先生に作成をお願いしてください。なお、下記感染症罹患による欠席は「出席停止」扱いとなります。

~~~~~

遠賀中央幼稚園 園長殿

組 園児名

保護者名

(自署の場合押印不要)

(医師記入欄)

病名 (いずれかに☑)

| 病名                                                     | 登園のめやす                                         |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻しん (はしか)                     | 解熱後 3 日を経過していること                               |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ                       | 発症した後 5 日経過し、かつ解熱したのち 3 日経過していること              |
| <input type="checkbox"/> 風しん                           | 発しんが消失していること                                   |
| <input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう)                   | すべての発しんが痂痂 (かさぶた) 化していること                      |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)              | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の膨張が発現してから 5 日経過し、かつ全身状態が良好になっていること |
| <input type="checkbox"/> 結核                            | 医師により感染の恐れがないと認められていること                        |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (プール熱)                  | 発熱、充血等の主な症状が消失した後 2 日経過していること                  |
| <input type="checkbox"/> 流行性結膜炎                        | 結膜炎の症状が消失していること                                |
| <input type="checkbox"/> 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 日間の治療が完了していること  |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111 等) | 医師により感染の恐れがないと認められていること                        |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎                      | 医師により感染の恐れがないと認められていること                        |
| <input type="checkbox"/> 侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)         | 医師により感染の恐れがないと認められていること                        |
| <input type="checkbox"/>                               | (上記以外に感染力が強く、出席停止が望ましい感染症)                     |

(学校保健安全法施行規則参考)

※ 新型インフルエンザ等対策措置法に該当する感染症の場合は、その時の対応に準じます。

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

(自署の場合押印不要)