

門真市 学校感染症等に係る登校・登園に関する意見書（医師記入）

学校・園名 _____

名前 _____

_____年 _____月 _____日生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻しん（はしか）
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111等）
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

_____年 _____月 _____日から登校・登園可能と判断します。

_____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医師名 _____

※かかりつけ医の皆さまへ

園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、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、登校・登園を再開する際には、この「意見書」を学校・園に提出して下さい。

この意見書が使用できるのは、門真市内にある医院・病院にて治療を受けた門真市内の小・中学校、幼稚園、保育所、認定こども園、小規模保育事業所および門真市立こども発達支援センターに通学（園）している児童・生徒・園児に対してのみです。また文書料は、門真市医師会のご厚意により原則無料としてご協力をいただいております。

医師が意見書を記入する感染症

感染症名	感染しやすい期間 (※)	登園のめやす
麻疹 (はしか)	発症 1 日前から発しん 出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過していること
風しん	発しん出現の 7 日前か ら 7 日後くらい	発しんが消失していること
水痘 (水ぼうそう)	発しん出現 1 ~ 2 日前 から痂皮 (かさぶた) 形 成まで	すべての発しんが痂皮 (かさぶた) 化 していること
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 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	—	医師により感染の恐れがないと認め られていること
咽頭結膜熱 (プール熱)	発熱、充血等の症状が 出現した数日間	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
流行性角結膜炎	充血、目やに等の症状 が出現した数日間	結膜炎の症状が消失していること
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)	—	医師により感染のおそれがないと認 められていること。 (無症状病原体保有者の場合、トイ レでの排泄習慣が確立している 5 歳 以上の小児については出席停止の必 要はなく、また、5 歳未満の子ども については、2 回以上連続で便から菌 が検出されなければ登園可能であ る。)
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
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

※感染しやすい期間を明確に提示できない感染症については (—) としている。