

登園の際には、下記の証明書の提出をお願いいたします。

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">主治医様</p> <p style="margin: 0;">園児氏名 _____ 年 月 日生 _____</p>	<p style="text-align: right; margin: 0;">保育園名 _____</p>
<p style="font-size: 1.2em; text-align: center; margin: 0;">証明書</p>	
<p style="margin: 0;">上記の者について、感染のおそれがないと認められましたら、証明をお願いいたします。</p>	
<p style="margin: 0;">病名 ( _____ )</p>	<p style="margin: 0;">証明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
<p style="margin: 0;">上記の疾患による、感染のおそれがないと認めます。</p>	
<p style="text-align: right; margin: 0;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">医師名 _____</p>	

◎保護者の皆様へ

- ・文書料は医療機関により異なる場合があります。詳しくは、受診される医療機関へお問い合わせください。
  - ・保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場合です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、一人一人の子どもが快適に生活できるよう、下記の感染症について証明書の提出をお願いします。
- 感染力のある時期に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育園生活が可能な状態となつてからの登園であるようにご配慮ください。

○医師が記入した証明書が必要な感染症

病名	感染しやすい期間	登園のめやす	
インフルエンザ	症状がある期間(症状が出る24時間前から症状が出た後の3日程度までが最も感染力が強い)	発症した日： _____ 月 _____ 日	発症後5日(発熱した日を0日目とする)を経過し、かつ解熱後3日(解熱した日を0日目とする)を経過してから
新型コロナウィルス感染症	発症後5日間(感染後3日間は特にウィルスの排出量が多い)	発症した日： _____ 月 _____ 日 発症が軽快した日： _____ 月 _____ 日	発症した後5日を経過し、かつ症状軽快した後1日を経過すること(無症状の場合は、検体採取日を0日目として、5日を経過すること)
麻疹(はしか)	症状が出る1日前から発しんが出た後4日後まで	発症した日： _____ 月 _____ 日 解熱した日： _____ 月 _____ 日	解熱後3日(解熱した日を0日目とする)を経過してから
風疹	発しんが出る7日前から発しんが出た後7日くらい	発症した日： _____ 月 _____ 日	発しんが消失してから
水痘(水ぼうそう)	発しんが出る1～2日前から発しんが痂皮(かさぶた)になるまで	発症した日： _____ 月 _____ 日	すべての発しんが痂皮(かさぶた)化してから
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	症状が出る3日前から耳下腺がはれた後4日まで	発症した日： _____ 月 _____ 日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現したから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になってから
咽頭結膜熱(プール熱)	発熱、目の充血などがみられる数日間	発熱、充血等の主な症状が消失した日： _____ 月 _____ 日	主な症状が消え2日経過してから
流行性角結膜炎(はやり目)	目の充血、目やに等症状が出現した数日間	発症した日： _____ 月 _____ 日	感染力が強いため結膜炎の症状が消失してから
急性出血性結膜炎	症状がある間(ウイルスは便から数週～数ヶ月排出される)	発症した日： _____ 月 _____ 日	感染の恐れがないと認められた後
結核	痰から菌が出なくなるまで	発症した日： _____ 月 _____ 日	感染の恐れがないと認められた後
百日咳	咳が始めて2週間くらい(抗菌薬を服用しない場合、咳が始めてから3週間を経過するまで)	発症した日： _____ 月 _____ 日	特有の咳が消失するまでまた5日間の適正の抗菌薬治療が終了した後
腸管出血性大腸菌(O-157、O-26、O-111等)	症状がある間(適正な治療を受け、便に菌が出なくなるまで)	発症した日： _____ 月 _____ 日	症状が治まり、かつ、抗菌薬治療が終了し、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た後
髄膜炎菌性髄膜炎	症状がある間(適正な治療を受け、菌が出なくなるまで)	発症した日： _____ 月 _____ 日	感染の恐れがないと認められた後