

# 【病状確認書①】

## 『登園停止期間の必要がある疾患』（保護者記入）

園における伝染病の蔓延を防ぐために、以下の疾患については、学校保健法に基づいて登園停止の措置が行なわれています。登園に際し、医師に病状確認の上、下記の用紙に保護者の方が確認事項を記入し園へ提出して下さい。

病名	登園停止期間のめやす
第1種 まれだが重大な伝染病 （11種類） ※ 鳥インフルエンザ（H5N1）	治癒するまで ＊左記以外に、「感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律」第六条第七項から第九項までに規定する。 「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」は第1種の伝染病とみなす。
第2種 百日咳  麻疹（はしか） 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）  風疹（三日はしか） 水痘（水ぼうそう） 咽頭結膜熱（プール熱） 結核  髄膜炎菌性髄膜炎	特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで 解熱したあと3日を経過するまで 耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで すべての発疹が消えるまで すべての水疱が「かさぶた」になるまで 主な症状が消えた後、2日経過するまで 医師の診断の下、伝染のおそれなくなるまで 病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
第3種 急性出血性結膜炎 流行性角結膜炎 腸管出血性大腸菌感染症	医師の診断の下、伝染のおそれなくなるまで

※発症した日は0日とします。

保育園園長殿

クラス： \_\_\_\_\_ 園児名： \_\_\_\_\_

病名： \_\_\_\_\_

登園停止期間：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断した医療機関名・医師名： \_\_\_\_\_

上記の感染症について、診断医より登園に差し支えないと言われました。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_