感染症登園の基準について

1 医療機関で感染症であると診断されましたら、その旨を保育園にお知らせください。

2 医師の処置と指示に従い、治ゆ後「感染症治ゆ報告書」を保護者の方が記入し保育園にご提出ください。

感 染 症 治 ゆ 報 告 書

令和　　年　　月　　日

保育園長 様

＿＿＿＿組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり報告します。

該当に○印		病　名	登　園　の　基　準 （ただし、No.1～8は、病状により医師において感染の恐れがないと認めたときはこの限りではない）
	1	インフルエンザ	発症した後５日を経過し、かつ、解熱した後３日を経過するまで
	2	新型コロナウイルス感染症	発症した後５日を経過し、かつ、症状が軽快した後１日を経過するまで
	3	百日咳	特有の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
	4	麻しん（はしか）	解熱した後３日を経過するまで
	5	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	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
	6	風しん（三日ばしか）	発疹が消失するまで
	7	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	8	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後２日を経過するまで
	9	結核	病状により園医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
	10	髄膜炎菌性髄膜炎	
	11	腸管出血性大腸菌感染症	
	12	流行性角結膜炎	
	13	急性出血性結膜炎	
	14	その他の感染症 （該当の病名に☑）	

☐ マイコプラズマ感染症　☐ 溶連菌感染症　☐ ＲＳウイルス感染症　☐ 手足口病
☐ ウイルス性結膜炎　☐ 感染症胃腸炎　☐ ヘルパンギーナ
☐ 伝染性紅斑　☐ 突発性発疹　☐ 帯状疱疹
☐ その他（　　）

・受診した医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・上記疾病で休んだ期間：令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで

北名古屋市福祉こども部保育課