

意見書（医師記入）

施設管理者 殿

氏名：

生年月日： 年 月 日

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"/>	インフルエンザ※
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症※
<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 _____日から通所可能と判断します。

_____年 _____月 _____日

医療機関名：_____

医師名：_____

※必ずしも治癒の確認は必要ありません。意見書は症状の改善が認められた段階で記入することが可能です。

※かかりつけ医さまへ

事業所は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、通所を再開する際には、「意見書」を事業所に提出して下さい。

※意見書は、一律に作成・提出する必要があるものではありません。

インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症 通所届

下記の欄に必要事項を保護者様をご記入のうえ、通所再開日にご提出下さいませ。

また、通所再開にあたりお子さまの症状や様子が回復に至っていない場合は、他児への感染を考慮して、ご利用をお断りする場合がございます。ご利用を再開する場合にはご一報いただきますようお願い申し上げます。

記入日： 年 月 日

氏名： _____

受診した医療機関名	
■インフルエンザの診断を受けた日（A型・B型・不明） ■新型コロナウイルス感染症の診断を受けた日	年 月 日
通所を再開する日	年 月 日

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
. °C							

インフルエンザによる通所を再開する日の目安

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	発症後 5日以内	通所再開 可能日	
発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	通所再開 可能日	
発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	通所再開 可能日

※インフルエンザの通所停止期間の基準

発症した日の翌日から5日を経過し、解熱した日の翌日から2日を経過するまでが通所停止期間となります。

新型コロナウイルス感染症による通所を再開する日の目安

0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
発熱	発熱	解熱 症状あり	症状軽快	症状軽快	発症後 5日以内	通所再開 可能日	
発熱	発熱	発熱	解熱 症状あり	症状軽快	解熱後 1日目	通所再開 可能日	
発熱	発熱	解熱 症状あり	症状あり	症状あり	症状軽快	症状軽快後 1日目	通所再開 可能日

※新型コロナウイルス感染症の通所停止期間の基準

発症した日の翌日から5日を経過し、解熱また症状が軽快した日の翌日から1日を経過するまでが通所停止期間となります。