

保護者の皆様へ

園長

幼児・児童・生徒が学校感染症にかかった場合は、学校保健安全法第19条により、医師が感染の恐れがないと認めるまで登園できないことになっております。下記の感染症と診断された場合は、施設までお知らせください。また、登園するときは、証明書あるいは報告書を施設に提出してください。

保護者のみの受診で証明書を発行してもらうことはできません。

	学校感染症名	登園停止期間の基準	書類	
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎(ポリオ)、ジフテリア、SARS、鳥インフルエンザ(H5N1)	治癒するまで	証明書 (医師が記入) 様式1 ※1・2は様式1-2	
第二種	インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く) ※1	発症後 5日(発熱の翌日を1日目として)を経過し、かつ解熱後 3日(幼児は3日)を経過するまで		
	百日咳	特有の咳が消失するまで又は 5日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで		
	麻疹(はしか)	解熱後 3日を経過するまで		
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺又は舌下線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		
	風しん(三日ばしか)	発しんが消失するまで		
	水痘(みずぼうそう)	全ての発しんがかさぶたになるまで		
	咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消退後 2日を経過するまで		
第三種	新型コロナウイルス感染症 ※2	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		保育園に病名を報告
	結核、髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医・その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで		
	コレラ、細菌性赤痢	治癒するまで出席停止が望ましい		
	腸管出血性大腸菌感染症	医師において感染のおそれがないと認められるまで出席停止		
	腸チフス、パラチフス	治癒するまで出席停止が望ましい		
	流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎	医師において感染のおそれがないと認められるまで出席停止(水泳禁止)		
	帯状疱疹	小・中学生は登校可(提出書類なし)。但、就学前は治癒するまで出席停止(証明書必要)		
	A型肝炎	肝機能が正常になれば登校可		
	急性B型肝炎、C型肝炎	医師の判断による		
	疥癬	皮膚科医の許可により登校可。		
	感染性胃腸炎	症状軽減後、全身状態良好なら登校可		
	マイコプラズマ感染症	症状軽減後、全身状態良好なら登校可		
	溶連菌感染症	適切な抗菌薬療法開始後 1~2日経過して、全身状態良好なら登校可、水泳可		
	手足口病、ヘルパンギーナ	全身状態良好なら登校可		
	伝染性紅斑(りんご病)	全身状態良好なら登校可、水泳可		
サルモネラ感染症(腸チフス、パラチフスを除く)、カンピロバクター感染症、インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症、急性細菌性支気管炎(RSウイルス感染症など)、EBウイルス感染症	症状軽減後、全身状態良好なら登校可			
単純ヘルペス感染症	局所症状のみならば登校可。発熱や全身性水疱あれば出席停止が望ましい。			
伝染性膿痂疹(とびひ)	登校可 患部を覆って登校可、水泳は治癒するまで不可			
伝染性軟属腫(水いぼ)		登校可、水泳は主治医の指示に従う		
アタマジラミ		登校可、水泳は主治医の指示に従う		
カンジダ感染症		登校可		
白癬感染症(特にトンスランス感染症)		登校可。但、他人と直接接触避ける		

※基準は「学校において予防すべき感染症の解説」(公益財団法人 日本学校保健会 2018刊) 「保育所における感染症対策ガイドライン(2018年改訂版)(こども家庭庁)(2023(令和5)年5月一部改訂版)を参照

※1・2インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症にり患した場合は、<様式1-2>を使用してください。

<様式1>

### 登園許可証明書

施設名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

※この枠内は保護者がご記入下さい

《病名》下記のうち該当するものを丸で囲んでください

第一種感染症 (病名 \_\_\_\_\_ )

第二種感染症

- 百日咳       麻疹       流行性耳下腺炎
- 風しん       水痘       咽頭結膜熱       結核
- 髄膜炎菌性髄膜炎

第三種感染症 (病名 \_\_\_\_\_ )

本日の診察の結果、上記疾病は、( 治癒 ・ 軽快 ) しましたので、登園を許可します。

・ 発 症 日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・ 登園可能日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名

印

切り取って提出してください