

## 登所許可書について

ふじみ野市の保育行政について、日ごろから格別のご理解ご協力いただき、厚くお礼申し上げます。  
すでにご承知のことと存じますが、保育所の児童が感染症にかかった場合「学校保健安全法」に準じて  
対処しております。

つきましては、感染症にかかり貴院で治療を受けている児童の保護者から登所許可書の依頼がありまし  
たら、お手数ながら下記の証明書を発行くださるようお願い申し上げます。

※ 医師の許可が出るまでは出席停止扱いとなります。

※ この許可書は「保育所における感染症対策ガイドライン」厚生労働省発表に基づき作成しております。

※医療機関記入

## 登所許可書

ふじみ野市立 保育所長あて

この箇所については保護者が記入

児童氏名

| 該当疾患<br>に○ | 疾患名                              | 登所のめやす<br>※以下の基準に基づき、医師が判断する                                       |
|------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|            | インフルエンザ                          | 発症した後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過するまで<br>(乳幼児)                                |
|            | 新型コロナウイルス                        | 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<br>するまで                                |
|            | 百日咳                              | 特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製<br>剤による治療が終了するまで                        |
|            | 麻疹                               | 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、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過<br>し、かつ全身状態が良好になるまで                     |
|            | 風しん                              | 発しんが消失するまで                                                         |
|            | 水痘（水ぼうそう）                        | 全ての発しんが痂皮化するまで                                                     |
|            | 咽頭結膜炎（プール熱）・アデノウイルス              | 主要症状が消退した後2日を経過するまで                                                |
|            | 結核                               | 病状により医師において感染のおそれがないと認めるまで                                         |
|            | 髄膜炎菌性髄膜炎                         | 病状により医師において感染のおそれがないと認めるまで                                         |
|            | 腸管性出血性大腸菌感染症<br>(O157,O26、O111等) | 症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間を<br>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<br>たもの |
|            | 流行性角結膜炎                          | 感染力が非常に強い為結膜炎の症状が消失してから                                            |
|            | 急性出血性結膜炎                         | 医師より感染の恐れがないと認められるまで                                               |

上記の疾患は、感染のおそれなくなったと認め、 年 月 日より登所可能と判断いたします。

年 月 日

医療機関名

医師名

印またはサイン