

施設利用許可証 (医師記入)

託児施設 さくらの風

お子様の名前

疾患名 該当欄に☑をお願いします。	ご利用のめやす
麻疹 (はしか)	解熱した後 3 日を経過するまで
インフルエンザ	発症後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで
風しん	発しんが消失してから
水痘(水ぼうそう)	すべての発しんが痂皮化してから
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺・顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから、5 日を経過するまで、かつ、全身状態が良好になるまで
結核	医師により感染の恐れがないと認めるまで
咽頭結膜熱 (プール熱)	主な症状が消え 2 日経過してから
流行性角結膜炎	結膜炎の症状が消失してから
百日咳	特有の咳が消失するまで、又は、抗菌薬による治療を終了するまで
腸管出血性大腸菌感染症 (ベロ毒素を産生する大腸菌 O157, O26, O111 等)	症状が治まり、連続 2 回の検便によって菌陰性が確認されたもの
急性出血性結膜炎	医師により感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	医師により感染の恐れがないと認めるまで

上記の疾患は学校保健安全法および保育施設における感染症対策ガイドライン(厚生労働省)に基づいた疾患です。

医師の許可をいただいてからご利用ください。

上記の者は、集団生活に支障がない状態になったので

平成 年 月 日から利用可能と判断します。

平成 年 月 日

医療機関名

電話番号

医師名

印又はサイン