

Aos senhores pais e/ou responsáveis

Secretaria de Educação do Município de Fukuroi
Divisão Infantil Sukoyaka

Procedimentos para a criança que contraiu uma infecção

Agradecemos muito pela sua compreensão e cooperação sempre prestadas à Administração deste Município relacionado aos cuidados e educação infantil.

Para amenizar o encargo da Creche/Jardim e da Instituição Médica, relativo a prevenção da disseminação da infecção, seguir os seguintes procedimentos.

1. Data em vigor Reiwa ano 4 mês 12 dia 1

2. Ítens alterados

É necessário ter o relatório médico, ao chegar na creche.

É necessário o médico emitir o relatório médico para a criança que estava com a infecção voltar à Creche/Jardim. (a maneira é a mesma de antes, apenas houve alteração no formulário)

【学校保健安全法・第二種】

- ・麻しん(はしか) ・風しん
- ・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・結核
- ・咽頭結膜熱(プール熱) ・百日咳 ・髄膜炎菌性髄膜炎

Relatório de emissão médica

【学校保健安全法・第三種】

- ・腸管出血性大腸菌感染症(○157、○26、○111 等)
- ・急性出血性結膜炎 ・流行性角結膜炎

É necessário apresentar o atestado médico para voltar a frequentar a Creche/Jardim.

Para a criança que foi infeccionada voltar a frequentar a Creche/Jardim de Infância, após receber o diagnóstico da Instituição Médica, solicitamos que o Responsável preencha o formulário de Notificação de Retorno à Creche/Jardim com base nas “Orientações para o retorno à Creche/Jardim”. Apresentar a Notificação de Retorno à Creche/Jardim quando for voltar a frequentar a Creche/Jardim. Caso não apresentar a “Notificação de retorno à Creche/Jardim” e não estiver seguindo as orientações para o retorno, não poderemos ficar com a sua criança na Creche/Jardim.

【学校保健安全法・第二種】

- ・麻しん(はしか) ・風しん
- ・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・結核
- ・咽頭結膜熱(プール熱) ・百日咳 ・髄膜炎菌性髄膜炎

【学校保健安全法・第三種】

- ・腸管出血性大腸菌感染症(○157、○26、○111 等)
- ・急性出血性結膜炎 ・流行性角結膜炎

Até agora era necessário o relatório médico, porém, de agora em diante o Responsável preencherá a Notificação de Retorno à Creche.

3. Procedimentos após a criança receber o diagnóstico de doença infecciosa. Estamos enviando o formulário do “relatório médico” para as Instituições Médicas do Município de Fukuroi.

- ① Consultar em uma instituição médica e receber o diagnóstico.
- ② Receber o “relatório médico” na instituição médica.
※A notificação de retorno à Creche deve ser preenchido pelo responsável.
- ③ Após a recuperação, entregar o “relatório médico” no jardim de infância.
- ④ Com a apresentação do relatório médico, receberá a permissão para frequentar a creche.
※Pedimos para verificar a recuperação da criança, tendo como base “as orientações para o retorno ao jardim de infância”

4. Outros

- O formulário do “Relatório Médico” pode ser emitido em instituições médicas, na respectiva Creche/Jardim de Infância ou através de download na homepage do Município de Fukuroi.
- Em relação a influenza, não houve alteração nos procedimentos.
(O certificado de doença é emitido na Instituição Médica)

Município de Fukuroi Secretaria de Educação Infantil Divisão Infantil Sukoyaka TEL: 0538-86-5511

Relatório Médico
(Para o preenchimento médico)

Notificação de retorno ao Jardim de Infância
(Para o preenchimento do Responsável)

意見書 (医師記入)

園児名 _____

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	麻疹 (はしか) ※
<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 日から登園可能と判断します。

_____ 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

※必ずしも治療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。

※かかりつけ医の皆さまへ
園は乳幼児が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限り防ぐことにより、一人ひとり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、登園を再開する際には、この「意見書」を園に提出してください。

登園届 (保護者記入)

園児名 _____

(病名) (該当疾患に☑をお願いします)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑 (りんご病)
<input type="checkbox"/>	ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	帯状疱疹
<input type="checkbox"/>	突発性発しん

(医療機関名) _____ (年 月 日受診)

において病状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので
_____ 年 月 日より登園いたします。

_____ 年 月 日

保護者名 _____

※保護者の皆さまへ
園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできる限り防ぐことにより、一人ひとり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は、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。