

_____様

社会福祉法人 ぬくもり福祉会

感染症時の利用について

「サービス利用契約」に基づき下記の病名・期間、利用を見あわせていただきます。
医療機関に受診の上、サービス利用許可証明書を添え、利用をお願いいたします。

記

- | | |
|-------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | ・・・特有な咳が消失するまで |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 | ・・・発疹に伴う発熱が解熱した後3日を経過するまで |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | ・・・耳下腺の腫脹が発現した後5日経過するまで |
| <input type="checkbox"/> 風疹 | ・・・紅斑性の発疹が消失するまで |
| <input type="checkbox"/> 水痘 | ・・・すべての発疹が痂皮化するまで |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 | ・・・主要症状が消失した後2日を経過するまで |
| <input type="checkbox"/> 結核 | ・・・病状により感染のおそれがないと認められるまで |
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | ・・・病状により感染のおそれがないと認められるまで |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | ・・・病状により感染のおそれがないと認められるまで |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | ・・・病状により感染のおそれがないと認められるまで |
| <input type="checkbox"/> その他の感染症（ _____ ） | ・・・病状により感染のおそれがないと認められるまで |

ただし、医師が感染予防上支障がないと認めたときはこの限りではありません。

サービス利用許可証明書

ぬくもり福祉会殿

氏名 _____

上記の者の（病名： _____）は感染のおそれなくなりましたので
（ _____ 月 _____ 日）以降の通所を許可します。

令和 年 月 日

医師名 _____