保護者記入

学校感染症の罹患報告書

岐阜県立斐太高等学校

年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1 令和　　年　　月　　日（医療機関）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において下記の病気の診断を受けました。

2 下記の理由により、＿＿月＿＿日から＿＿月＿＿日まで（＿＿日間）の出席停止について医師の指示をいただきました。

＊ 該当する病名に〇印をつけてください。

種類		病　　名	出席停止期間の基準 （但し、医師が感染の恐れがないと認めた時は、この限りではない）
第1種		病名（　　）	治癒するまで
第2種		インフルエンザ（　　型）	発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 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 日間の適切な抗菌性物質製剤による治療終了まで
		麻しん	解熱した後 3 日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後 5 日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
		風しん	発疹が消失するまで
		水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで
		新型コロナウイルス感染症	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
		結核	症状により学校医その他の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	
第3種		細菌性赤痢	症状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
		腸管出血性大腸菌感染症	
		流行性角結膜炎	
		急性出血性結膜炎	
	その他の感染症		
		手足口病	発熱、口内疹などの急性期症状が消退して、全身状態の安定するまで
		伝染性紅斑	発疹(リンゴ病)のみで全身症状が改善するまで
		溶連菌感染症	適正な抗菌剤治療開始後 24 時間を経て全身症状がよくなるまで
		感染性胃腸炎	下痢・嘔吐症状が軽快し全身状態が改善されるまで
		その他の感染症 （　　）	症状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

（注）「その他の感染症」とは、ウイルス肝炎・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症・ヘルパンギーナをいいます。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿