

学校感染症の報告書

学校名 岐阜県立関高等学校

年 組 番 氏名

【病 名】該当の病名に○印をつけてください。

第 二 種 学 校 感 染 症	1	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
	2	インフルエンザA・B	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
	3	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剤による治療が終了するまで
	4	麻疹	解熱した後、3日を経過するまで
	5	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
	6	風疹	発疹が消失するまで
	7	水痘	発疹が痂皮化するまで
	8	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
	9	結核	症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで
	10	髄膜炎菌性髄膜炎	
第 三 種 学 校 感 染 症	11	コレラ	症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで
	12	細菌性赤痢	
	13	腸管出血性大腸菌感染症	
	14	腸チフス	
	15	パラチフス	
	16	流行性角結膜炎	
	17	急性出血性結膜炎	
	18	その他の感染症 ()	

【出席停止期間】

年 月 日 ～ 年 月 日

(出席停止の基準に基づき、医師から登校を控えるように指導された期間 ※出席停止の基準：上記参照)

報告書提出日 年 月 日

受診医療機関名

保護者氏名 (自署)

* 注意事項

- ・保護者の方でご記入ください。(医療機関による証明は要りません)。その際、受診を証明できるもの(調剤証明書のコピー等・・・患者名、日付、医療機関名、薬剤名等が記入されたもの)を添付してください。
- ・登校につきましては、医師の指示に従ってください。