

学校感染症報告書（保護者記入用）

岐阜県立恵那農業高等学校

年 組 番 氏名

該当の病名に○をつけるとともに必要事項を記入して下さい。

1. 感染症名		病名	出席停止の期間の基準(※1)
第2種	1	インフルエンザ(型)	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 発熱日 月 日 解熱日 月 日
	2	百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌物質製剤による治療が終了するまで
	3	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	4	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、全身症状が良好になるまで
	5	風疹	発疹が消失するまで
	6	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	7	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	8	新型コロナウイルス感染症	発症後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 発症日 月 日
	9	結核及髄膜炎菌性髄膜炎	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
第3類	10	コレラ 菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス その他感染症（流行性嘔吐下痢症）(※1)	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 発症日 月 日 ※1 消化器症状を伴う感染症は、安全衛生上、医師の証明をお願いします(様式2)
	11	流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎	※2 その他の感染症 溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症
	12	その他の伝染病(※2) ()	学校において流行を広げる可能性がある場合 ただし、欠席期間が1週間を超える場合は医師の証明をお願いします
2. 初診日		年 月 日	
3. 出席停止期間		令和 年 月 日()から 月 日()まで (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示された期間)	
4. 受診医療機関名		(市)	

報告書提出日 令和 年 月 日

保護者署名

《注意事項》

・り患・受診を証明できるものを添付してください。

(調剤明細書、治療明細書、検査の結果書など、患者名、日付、医療機関名、薬剤名等がわかるもの)

保護者様

下記の場合は医師の証明をお願いします

- ・結核及び髄膜炎菌性髄膜炎 出席停止期間が明確ではなく、他者への影響が大きい
- ・欠席期間が1週間を超える場合
- ・消化器症状を伴う感染症（コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス
パラチフス 流行性嘔吐下痢症等）

(様式2)

学校感染症報告書（医療機関記入用）

岐阜県立恵那農業高等学校

年 組 番 氏名

該当の病名に○をつけて下さい。

		病名	出席停止の期間の基準(※1)
第2種	1	インフルエンザ(型)	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
	2	百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌物質製剤による治療が終了するまで
	3	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	4	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、全身症状が良好になるまで
	5	風疹	発疹が消失するまで
	6	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	7	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	結核及髄膜炎菌性髄膜炎	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
第3類	10	コレラ 菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス その他感染症（流行性嘔吐下痢症）	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 ※2 その他の感染症 溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症 学校において流行を広げる可能性がある場合
	11	流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎	
	12	その他の伝染病(※2) ()	
出席停止期間		令和 年 月 日()から 月 日()まで (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示された期間)	

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

(ゴム印可)