

岐阜県立羽島北高等学校長 様

____年__組 生徒氏名_____

保護者氏名_____

学校において予防すべき感染症への罹患報告書

このことについて、下記のとおり学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、報告します。

記

該当の病名に○印をつけてください。

	感染症名	出席停止の期間
第 2 種	インフルエンザ〔 型〕	発症した後（症状が出た日の翌日を1日として）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 または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
	麻疹	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
	風疹	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	主要症状が消失した後2日を経過するまで
	結核	病状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	同上
	新型コロナウイルス感染症	発症した後（症状が出た日の翌日を1日として）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 ※無症状の感染者は、検体採取した日から5日を経過するまで
第 3 種	コレラ	病状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
	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	
	流行性角結膜炎	
	急性出血性結膜炎	
	その他の感染症 〔 〕	症状が改善し、全身状態が良くなるまで

*その他の感染症は感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症含む)、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、伝染性紅斑(りんご病)等です。

受診医療機関名	
医師に診断された日	令和 年 月 日 ()
症状が出た日(発症の初日)	令和 年 月 日 ()
出席停止期間	令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで

*注)・この書類は保護者をご記入ください。

- ・裏面に受診を証明できるものの写し(調剤説明書のコピー等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名が記入されたもの)を貼付してください。