

学校感染症（第2・3種）の報告書

岐 阜 県 立 羽 島 北 高 等 学 校

年 組 氏名 _____

下記の感染症と医療機関にて診断され 月 日から 月 日(日間)
療養しましたので報告します。

*裏面に受診を証明できるもの（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。

記

該当の病名に○印をつけてください。

		診 断 名	出席停止の期間
第 2 種	1	インフルエンザ〔 型〕	発症した後（発熱の翌日を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
	2	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、全身状態が良好になるまで
	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	主要症状が消失した後2日を経過するまで
	8	結 核	症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
	9	髄膜炎菌性髄膜炎	同 上
第 3 種	10	コ レ ラ	症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
	11	細菌性赤痢	
	12	腸管出血性大腸菌感染症	
	13	腸チフス	
	14	パラチフス	
	15	流行性角結膜炎	
	16	急性出血性結膜炎	
17	その他の感染症 〔 _____ 〕	症状が改善し、全身状態が良くなるまで	

*その他の感染症は溶連菌感染症、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等です。医療機関にてご確認ください。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____

印 _____