

学校において予防すべき感染症への罹患報告書

①	年 組 番	氏名
---	-------	----

② 該当する病名に○印ならびに必要な事項を記入してください

種類	○	病 名	出席停止の期間の基準	
			※ただし医師が感染の恐れがないと認めた場合は、この限りではない	
第2種		新型コロナウイルス感染症	発症した後(発症日を0日目とする)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(発症から10日間はマスク推奨)	
		インフルエンザ()型	発症した後(発熱日を0日目とする)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	主要症状が消退した後2日を経過するまで	
		結核	症状により学校医等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	まで	
第3種	<該当の病名に○をつける> 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、流行性結膜炎、急性出血性結膜炎		症状により学校医等の医師において感染のおそれがないと認めるまで	
	下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの			
		溶連菌感染症	抗生剤治療開始後24時間を経て全身状態がよくなるまで	
		手足口病	発疹、口内疹等の急性期症状が消退して、全身症状が安定するまで	
		伝染性紅斑	発疹のみで全身症状が良ければ登校可能	
		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 下記に診断名を記入 ()		症状により学校医等の医師において感染のおそれがないと認めるまで	
	ウイルス性肝炎、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症など			

③	発症(発熱)日	発熱もしくは症状が出現した日	年	月	日
④	受診日・受診先	月 日・医療機関名()			
⑤	未受診の場合、検査日	医療機関を受診せず検査をした日	年	月	日
⑥	解熱日(症状軽快日)	解熱もしくは症状が軽快した日	年	月	日
⑦	出席停止期間	年 月 日()から	年	月 日()まで	

以上に相違ないと責任をもって報告します。

⑧	年 月 日 保護者氏名(自署)
---	-----------------

※①～⑧まで保護者記入のうえ、登校時に担任へ提出してください。提出後、出席停止扱いとします。