令和　　　年　　　月　　　日

岐阜県立岐阜城北高等学校長　様

　　　　年　　　　組　　　　番

生徒氏名

保護者氏名(自署)

**学校において予防すべき感染症の罹患報告書**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 診　断　名  該当するものに〇印をつけてください。その他の場合は診断名を記入してください。 | ・ インフルエンザ　(　A型　・　B型　)   * 新型コロナウイルス感染症 * その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 医師に診断された日 | 令和　　　年　　　月　　　日　(　　　) |
| 医療機関名 |  |
| 出席停止期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　(　　　)　から  令和　　　年　　　月　　　日　(　　　)　まで |

注意事項

・医療機関での証明は不要です。**保護者の方がご記入ください**。

・提出の際に、**医療機関の受診を証明できるもの**(調剤説明書等、患者名・日付・薬剤名・医療機関名等が記載されたもの)の**原本を添付**してください。(学校で確認した後、原本はお返しします)

・登校につきましては、医師の指示に従ってください。

**出席停止となる感染症の種類**

**第２種学校感染症**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | インフルエンザ | 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 |
| ２ | 百　　日　　咳 | 特有の咳が消失するまで、または５日間の適正な抗菌薬療法が終了するまで |
| ３ | 麻　　し　　ん | 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始まった後５日を経過し、かつ、全身症状が良好となるまで |
| ５ | 風　　し　　ん | 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 | 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 |
| ９ | 結　　　　　核 | 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 |
| １０ | 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種学校感染症**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １１ | 腸管出血性大腸菌感染症 | 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 |
| １２ | 流行性角結膜炎 | 同上 |
| １３ | 急性出血性結膜炎 | 同上 |
| １４ | コレラ | 同上 |
| １５ | 細菌性赤痢 | 同上 |
| １６ | 腸チフス | 同上 |
| １７ | パラチフス | 同上 |
| １８ | 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 |
| １９ | 手足口病 | 発熱、口内疹などの急性症状が消退して、全身状態の安定するまで |
| ２０ | 伝染性紅斑 | 発疹のみで全身状態がよければ登校可能 |
| ２１ | その他の感染症 | 症状が改善し、全身状態がよくなるまで |

(注)「その他の感染症」とは、ウイルス性肝炎・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症・ヘルパンギーナをいいます。

【通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症】

アタマジラミ・水いぼ(伝染性軟疣(属)腫)・伝染性膿痂疹