

学校感染症（インフルエンザ以外）診断・治療報告書

____年 ____科 ____番 氏名 _____ は、医療機関にて下記の病気と診断され、療養に必要な期間が終了したので報告をします。

※裏面に医療機関に受診をしたことが分かる資料（調剤説明書や領収書等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの）を貼付してください。

療養に必要な期間 令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____年 ____月 ____日

受診医療機関 _____

該当の病名に○印をつけてください

		病 名	出席停止期間
第 2 種	1	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
	2	麻 疹	解熱した後3日を経過するまで
	3	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
	4	風 疹	発疹が消失するまで
	5	水 痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	6	咽 頭 結 膜 熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
	7	結 核 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	8	コ レ ラ	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
	9	細 菌 性 赤 痢	
	10	腸管出血性大腸菌感染症	
	11	腸 チ フ ス	
	12	パ ラ チ フ ス	
	13	流 行 性 角 結 膜 炎	
	14	急 性 出 血 性 結 膜 炎	
15	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 ・流行性嘔吐下痢症 ・その他（ ）		

令和 ____年 ____月 ____日 保護者名 _____ 印 _____