

令和 年 月 日

岐阜県立長良高等学校長 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。

種類	感染症名 <u>該当する感染症名に○をつけてください</u>	出席停止期間の基準 (ただし医師が感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない)
第2種	インフルエンザ ( 型 )	発症後 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
	麻しん	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
	風しん	発しんが消失するまで
	水痘	全ての発しんが痂皮化するまで
	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	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	症状により学校医等において感染のおそれないと認めるまで
第3種	新型コロナウイルス感染症	発症後 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
	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、 パラチフス、腸管出血性大腸菌感染症、 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎  その他の感染症 溶連菌感染症、手足口病、伝染性紅斑、 マイコプラズマ感染症、ヘルパンギーナ、 流行性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎）、 ウイルス性肝炎 ( )	病状により学校医その他の医師において感染のおそれないと認め るまで

受診医療機関名						
医師に診断された日	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					

### ※注意事項

- 提出の際に、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、医療機関名等が記入されたもの）を添付してください。
- 登校につきましては、医師の指示に従ってください。