

校長	教頭	教務部長	保健室	学年主任	HR担任

保護者記入

岐阜県立大垣北高等学校長様

年 月 日

年 組 番 氏名

保護者氏名

印

学校感染症(第 2・3 種)報告書

種類	○印	病 名	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	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
		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
		風しん	発しんが消失するまで
		水痘	すべ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がないと認めるまで
第3種		コレラ	医師が感染のおそれがないと認めるまで
		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	
		流行性角結膜炎	
		急性出血性結膜炎	
	その他の感染症() ←	上にないものについては、診断を受けた感染症名をご記入ください。診断が不明の場合は空欄で可。	

■ 医師より、上記の病気(○印)との診断を受けましたので、次のとおり報告します。

受診した医療機関名		
インザン のフ 場合エ	発症の初日	年 月 日 ()
	解熱した日	年 月 日 ()
ザイン 以外の 場合エ	医師の診断を受けた日	年 月 日 ()
	医師が診断した出席可能日	年 月 日 ()
出席停止期間		年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

※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、医療機関名が記入されたもの）を添付してください。

