

## 学校感染症の罹患報告書

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

下記の感染症と医療機関にて診断され、 月 日 ( ) から 月 日 ( ) まで  
登校を控えるよう医師の指示を受けましたので報告します。

## 【病名及び出席停止期間の基準】 ※該当の病名に○印をつけてください。

|                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| 第<br>2<br>種<br>学<br>校<br>感<br>染<br>症 | インフルエンザ ( 型))   | 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 または5日間の適正な抗菌性物質製剤による             |
|                                      | 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、顎下線または舌下線の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身症状が良好になるまで |
|                                      | 風疹  | 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                          |
|                                      | 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             |
|                                      | 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            |
| 髄膜炎菌性髄膜炎                             |   |  |
| 第<br>3<br>種<br>学<br>校<br>感<br>染<br>症 | コレラ、細菌性赤痢<br>腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス<br>パラチフス、流行性角結膜炎<br>急性出血性結膜炎                            | 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            |
|                                      | 【その他の感染症】<br>溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、<br>手足口病、ヘルパンギーナ、<br>マイコプラズマ感染症、伝染性紅斑<br>流行性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎） |  |

## 【注意事項】

この報告書は、保護者の方でご記入ください。（医療機関による証明は要りません）  
ただし、受診を証明できるもの（次の①～④が確認できるもの）を必ず添付してください。

①薬剤名（調剤明細書等） ②患者名 ③日付 ④医療機関名

この書類は、添付資料と併せて、HR担任に提出してください。

## 【学校確認欄】

HR担任（添付資料確認・押印） ⇒ 保健室（押印） ⇒ 教務（保管）

| HR担任 | 保健室 |
|------|-----|
|      |     |