

## 学校感染症（第2・3種）報告書

年 組 番 氏名

---

下記の病気により 月 日 から 月 日（ 日間）、出席停止を医師に指示されたので報告します。

該当の病名番号に○印をつけてください。

第 2 種	1	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、解熱した後1日を経過するまで
	2	インフルエンザ A . B	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
	3	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
	4	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	5	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
	6	風疹	発疹が消失するまで
	7	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	8	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
	9	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	10	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
	11	細菌性赤痢	
	12	腸管出血性大腸菌感染症	
	13	腸チフス	
	14	パラチフス	
	15	流行性角結膜炎	
	16	急性出血性結膜炎	
	17	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 保護者等氏名 (自署)

※裏面に医療機関受診の証明となる書類の写しを添付してください。

## 貼付

※医療機関へかかったことの証明となる書類（領収書・薬の説明書等）の  
コピーを貼付けてください