岐阜県立恵那南高等学校長　様

学校感染症の罹患報告書

岐阜県立恵那南高等学校　　年　　組　　番　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当の病名に〇をつけるとともに必要事項を記入してください。

種類	〇印	病　名	出席停止期間の基準
第１種		病　名（　　）	治癒するまで
第２種		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（はしか）	解熱した後３日を経過するまで
		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺又は舌下線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	発疹が消失するまで
		水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後２日を経過するまで
		結核　及び　髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
		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
第３種		病　名（　　）	病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（下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの）		
		溶連菌感染症	抗生剤治療開始後２４時間を経て全身状態が良くなるまで
		手足口病、ヘルパンギーナ	発熱、口内疹などの急性期症状が消退して、全身状態の安定するまで
		伝染性紅斑	発疹のみで全身状態が良ければ登校可能
		流行性嘔吐下痢症	下痢・嘔吐症状から回復した後、全身症状が良くなるまで
		マイコプラズマ感染症	症状が改善し、全身症状が良くなるまで

■受診医療機関（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）初診日：　　月　　日（　　）

■出席停止期間　令和＿＿＿月＿＿＿日（　　）から令和＿＿＿月＿＿＿日（　　）まで

（出席停止の基準に基づき、医師から登校を控えるように指示された期間）

以上、相違ないことを報告します。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※保護者の方で記入してください。受診を証明できるもの（調剤明細書等で、患者名、日付、医療機関名、薬剤名等が記載されたもの）を添付してください。（添付書類は、学校で写しをとり、原本はお返しします。）

※登校の可否については、医師の指示に従ってください。