

学校感染症罹患報告書

岐阜県立飛騨吉城特別支援学校 _____ 部 _____ 年 氏名 _____

①【疾病名】該当する疾病名に、○をつけてください。

学校感染症	出席停止期間の基準
インフルエンザ（A型・B型） <small>*一般的な季節性のインフルエンザ</small>	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては3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（はしか）	解熱後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
風疹（3日ばしか）	発疹が消失するまで
水痘（水ぼうそう）	すべての発しんが痂皮化するまで
咽頭結膜炎（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	学校医等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	学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
コロナウイルス	発症した後5日を経過し、かつ、症状が無くなって24時間を経過するまで
コレラ、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（ ）	学校医等において感染のおそれがないと認めるまで

②【発症（発熱）日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

③【受診日または検査日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

④【受診医療機関または検査キットの種類】 _____

⑤【自宅療養期間】 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

以上に相違ないと責任をもって報告します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____

【注意事項】

- ・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、調剤薬局の薬説明書等、受診を証明できる書類（患者名、日付、医療機関名、薬剤名が記入されたもの）のコピーを添付してください。
- ・登校につきましては、医師に指示に従ってください。