

岐阜県立揖斐特別支援学校長 様

年 月 日

学部 (小・中・高) 年 組 氏名

保護者等氏名

(自筆)

## 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<br>(※ただし、医師が感染のおそれがないと認めるときは、この限りではない)    |
|-----|----------|--|---|
| 第2種 |          | 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 (発症・軽快した日は0日と数える) |
|     |          | 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 (解熱した日は0日と数える)       |
|     |          | 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                                |
|     |          | 結核   | 医師が感染のおそれがないと認めるまで                                  |
| 第3種 |          | 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                        |
|     |          | 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       |              | 医療機関名 ( )             |
|-----------------|--------------|-----------------------|
| 新型コロナウイルス感染症の場合 | 発症した日        | 年 月 日 ( )             |
|                 | 症状が軽快した日     | 年 月 日 ( )             |
| インフルエンザの場合      | 発症した日        | 年 月 日 ( )             |
|                 | 解熱した日        | 年 月 日 ( )             |
| 上記以外の場合         | 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。

※出席停止期間の参考資料が裏面にあります。