

岐阜県立大垣特別支援学校長様 (Prezado Diretor da Escola de Educação Especial da cidade de Ogaki)

年(ano) 月(mês) 日(dia)

Primário Ginásial Colegial Série Classe Nome
(小・中・高) 年 組 氏名

Responsável Nome Carimbo
保護者氏名 印

学校感染症(第 2・3 種)報告書 Relatório de doenças infecciosas escolares (tipos 2 e 3)

種類 Tipo	○ 印	病名 Nome da doença	出席停止期間の基準 Com base no período de presença e Suspensão (※ただし、医師が伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない (* No entanto, isso não se aplica se o médico admitir que não há risco de transmissão)
第2種 Tipo 2		インフルエンザ(型) Influenza (Tipo)	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 5 dias após o início e 2 dias após a febre baixar
		百日咳 Coqueluxe	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 Até que a tosse peculiar desapareça ou até o final do tratamento com a preparação de substância antibacteriana apropriada por 5 dias
		麻疹 Sarampo	解熱した後、3 日を経過するまで Liberado após 3 dias a febre baixar
		流行性耳下腺炎 Adenite epidêmica	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 5 dias após o início do inchaço das glândulas parótidas, submandibulares ou sublinguais e até que o estado geral melhore
		風疹 Rubéola	発疹が消失するまで Até que a erupção desapareça
		水痘 Catapora	すべての発疹が痂皮化するまで Até que todas as erupções tenham uma crosta
		咽頭結膜熱 Conjuntivite faríngea	主要症状が消退した後、2 日を経過するまで Até 2 dias se passaram desde que os principais sintomas desapareceram
		結核 Tuberculose	医師が感染のおそれがないと認めるまで Até o médico admitir que não há risco de infecção
第3種 Tipo 3		コレラ Cólera	医師が感染のおそれがないと認めるまで Até o médico admitir que não há risco de infecção
		細菌性赤痢 Diarreia bacteriana	
		腸管出血性大腸菌感染症 Infecção hemorrágica intestinal por Escherichia coli	
		腸チフス Tifoide	
		パラチフス Palatifus	
		流行性角結膜炎 Ceratoconjuntivite Epidêmica	
		急性出血性結膜炎 Conjuntivite hemorrágica aguda	
	その他の感染症 Outras doenças infecciosas () ※感染性胃腸炎、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、単純ヘルペスウイルス感染症、手足口病 など Gastroenterite infecciosa, infecção por micoplasma, infecção por fungo lítico, infecção por herpesvírus simples, doença nos membros e boca, etc	←上が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。なお、出席停止期間については、医療機関で確認してください。Por favor preencha, aqueles não listados acima, o nome da doença infecciosa que foi diagnosticada. Verifique com sua instituição médica o período de suspensão da frequência.	

■ 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。

■ Fui diagnosticado com a doença acima (marcada com um círculo) por um médico, então irei relatar o seguinte:

受診した医療機関名 Nome do hospital		
インフルエンザの場合 Em caso de influenza	発症の初日 Primeiro dia (início)	Ano 年 mês 月 dia 日 ()
	解熱した日 Dia em que a febre baixou	Ano 年 mês 月 dia 日 ()
ザイン以外の場合 Outros além da influenza	医師の診断を受けた日 Dia em que consultou o médico	Ano 年 mês 月 dia 日 ()
	医師が診断した出席可能日 Data de comparecimento diagnosticada pelo médico	Ano 年 mês 月 dia 日 ()
出席停止期間 Período de suspensão de comparecimento		Ano 年 mês 月 dia 日 () ~ Ano 年 mês 月 dia 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。なお、受診を証明できるものの添付がない場合は、欠席扱いとなります。

* Nota: Anexe algo que possa comprovar sua consulta e envie-a (uma cópia do guia de dispensa, etc., com o nome do paciente, data, nome do medicamento, nome da instituição médica informados). Se não puder comprovar sua consulta, e não anexar, será tratado como falta.