

岐阜県立大垣特別支援学校長様

年 月 日

(小・中・高) 年 組 氏名

保護者氏名 印

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 (※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		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
		風しん	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
		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
		新型コロナウイルス感染症	感染日を0日目として5日間を経過し、かつ、症状が軽減した後24時間を経過するまで
第3種		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。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。	
	※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		

■ 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		
インザン のフ 場ル 合エ	発症の初日	年 月 日 ()
	解熱した日	年 月 日 ()
ザイン 以外 のフ 場エ 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。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。