

年 組 氏名

保護者氏名

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、医師が伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない)
第 2 種		インフルエンザ (_____ 型)	発症した日の翌日から5日を経過し、 かつ、解熱した日の翌日から、2日を経過するまで
		百日咳	特有の咳が消失するまで、または、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、顎下腺また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
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 (下記に○印を付けてください。)			
溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、 感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症) 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。 (_____)			

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			
出席停止期間	月 日 から	月 日まで (日間)	
	月 日から登校可。		
イン ザ ン の フ ル 合 エ	発症の初日	年 月 日 ()	
	解熱した日	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で、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。