

校長	教頭	部主事	教務	養護教諭	HR担任

保護者記入

令和 年 月 日

西濃高等特別支援学校長 様

年 組 氏名

保護者氏名

学校において予防すべき感染症の罹患報告書

このことについて、下記のとおり学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、報告します。

医療機関名	
医師に診断された日	令和 年 月 日 ()
出席停止期間	令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで

種類	感染症名 <small>該当する感染症に○をつけてください</small>	出席停止期間の基準 <small>(※ただし、医師が感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない)</small>
第2種	インフルエンザ () 型	発症した後 5 日を経過し、解熱した後 2 日を経過するまで
	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、軽快した後 1 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が感染のおそれがないと認めるまで
第3種	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス、 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎 腸管出血性大腸菌感染症	医師が感染のおそれがないと認めるまで
	その他の感染症 溶連菌感染症、手足口病、伝染性紅斑、 マイコプラズマ感染症、ヘルパンギーナ、 流行性嘔吐下痢症(感染性胃腸炎)、 ウイルス性肝炎、()	
その他	()	

※受診を証明できるもの(調剤説明書のコピー、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの)を添付してください。