

学校感染症報告書

岐阜県立土岐商業高等学校

年

組

生徒氏名

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たときは、この限りではない)
第1種		病名 ()	治癒するまで
第2種		インフルエンザ (型)	発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
		新型コロナウイルス感染症	発症後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
		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	発疹が消失するまで
		水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
		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	症状により医師において感染のおそれがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師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	症状により医師において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	
		ウイルス性肝炎	
		(下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの)	
		溶連菌感染症	抗生剤治療開始後24時間を経て、全身状態が良くなるまで
		手足口病、ヘルパンギーナ	発熱、口内疹などの急性期症状が消退して、全身状態の安定するまで
	伝染性紅斑	発疹のみで全身状態がよければ登校(園)可能	
	感染性胃腸炎	下痢・嘔吐症状から回復した後、全身症状が良くなるまで	
	マイコプラズマ感染症	症状が改善し、全身症状が良くなるまで	
	その他 ()	症状が改善し、全身状態の良くなるまで	

【出席停止期間】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(出席停止の上記基準に基づき、医師から登校を控えるように指示された期間)

受診医療機関名 _____

保護者氏名 _____

※ 注意事項

- ・保護者の方で記入してください。医療機関による証明は不要です。ただし、受診を証明できる書類(調剤明細書等で、患者名、日付、医療機関名、薬剤名等が記入されたもの)を添付して提出してください。