

〈保護者記入〉 下記記入（押印）後、添付資料と併せてHR担任に提出ください。

岐阜県立山県高等学校長 様

学校感染症の罹患報告書

_____年 _____組 _____番
 生徒 氏名 _____
 保護者氏名 _____ 印

下記の感染症と医療機関にて診断され _____月 _____日から _____月 _____日（ _____日間 ）まで療養しましたので報告します。

※感染症診断証明できるもの（以下の①～④が確認できるもの）を添付してください。（確認後、お返します）

- ①調剤説明（薬剤名） ②患者名 ③日付 ④医療機関名

※該当の病名を○で囲んでください。

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
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘	発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消失した後、2日を経過するまで
	結核	病状により学校医その他の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	病状により学校医その他の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、細菌性赤痢、腸管出血性大腸感染症 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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> 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 流行性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎） ヘルパンギーナ、ウイルス性肝炎 （ _____ ） </div>	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

学校確認欄 HR担任（添付資料確認後返却・押印） ➡ 保健室（押印） ➡ 教務（保管）

HR担任	保健室