

学校感染症報告書

学校における感染症予防のため、学校保健安全法で定められた感染症に罹患した場合は、出席停止となりますので、下記にご記入くださいますようお願い申し上げます。

記入日 年 月 日

中・高 年 組 番 氏名

1. 感染症名 (該当欄に○印を付けてください。)

感染症名		出席停止期間
<b>第一種感染症</b>	感染症名【 】	治癒するまで
<b>第二種感染症</b>	インフルエンザ	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 ※鳥インフルエンザ(H5N1)および新型インフルエンザなどの感染症を除く
	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(はしか)	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	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(三日はしか)	発疹が消失するまで
	水痘(みずぼうそう)	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、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
<b>第三種感染症</b> (該当の病名を○で囲んでください。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腸管出血性大腸菌感染症</li> <li>・コレラ</li> <li>・腸チフス</li> <li>・流行性角結膜炎</li> <li>・ウイルス性肝炎</li> <li>・手足口病</li> <li>・ヘルパンギーナ</li> <li>・感染性胃腸炎</li> <li>・細菌性赤痢</li> <li>・パラチフス</li> <li>・急性出血性結膜炎</li> <li>・伝染性紅斑</li> <li>・溶連菌感染症</li> <li>・マイコプラズマ肺炎</li> </ul> その他の感染症 【 】	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

2. 出席停止期間 年 月 日から 年 月 日まで

医療機関名

保護者名

印