

# 学校感染症(第2・3種)の罹患報告書

岐阜聖徳学園高等学校      年      科      組      番      氏名

1. 該当の病名に○印をつけて下さい。  
 (出席停止期間はあくまでも基準です。症状または医師の診断によりこの限りではありません。)

		対 象 疾 病	出 席 停 止 期 間 の 基 準
第 2 種	○	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、症状軽快後1日経過するまで
	○	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(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
	○	風疹(3日ばしか)	発疹が消失するまで
	○	水痘(水ぼうそう)	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	病状により医師によって感染のおそれがないと認められるまで
○	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により医師によって感染のおそれがないと認められるまで	
第 3 種	○	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、 腸管出血性大腸菌感染症、 流行性角結膜炎、パラチフス、 急性出血性結膜炎	症状により医師によって感染のおそれがないと認められるまで
	○	その他の感染症 溶連菌感染症、感染性胃腸炎、 マイコプラズマ感染症、手足口病 その他(                      )	

※発症日は発熱などの症状が出た日を0日目、翌日を1日目と数えます。

2. 発症(発熱)日      令和      年      月      日 (      )      ※体温(      ℃)

3. 医師に診断された日      令和      年      月      日 (      )

4. 医療機関名      \_\_\_\_\_

5. 療養期間      令和      年      月      日 (      ) ~      月      日 (      )

上記の通り報告します。

\_\_\_\_\_  
令和      年      月      日      保護者氏名      印

**【注意事項】**

- ・受診を証明できるもの(調剤薬局の薬の説明書等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの)の原本を添付して下さい。(学校で確認した後、原本はお返します。)
- ・登校につきましては、医師の指示に従って下さい。