

(保護者記入用)

(報告日) 令和 年 月 日

学校において予防すべき感染症の罹患報告書

学校長 様
園長 様

____年 ____組 ____番
園児・児童生徒名
保護者氏名 _____ ㊟

下記のとおり、学校において予防すべき感染症に罹患し、医師の指導に従い、療養しましたので報告します。

記

受診した医療機関名	病院・医院・クリニック・診療所
医療機関受診日	令和 ____年 ____月 ____日 ()
診断された病名	(インフルエンザの場合は、分かれば型も記載)
発病した日	令和 ____年 ____月 ____日 () (インフルエンザの場合は、発熱、倦怠感、筋肉痛などがみられた日)
医師に指示された 自宅療養期間	令和 ____年 ____月 ____日 () から 令和 ____年 ____月 ____日 () まで
症状がなくなった日	____年 ____月 ____日 () (インフルエンザの場合は、解熱した日)
その他の連絡事項など	

※この様式は医師の診断に基づき保護者の方に記入いただくものです。
医療機関に作成していただくものではありません。

<学校感染症（第2・3種・その他）による出席停止期間>

第2種学校感染症

1	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（幼児にあたっては、3日）を経過するまで
2	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
3	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
4	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
5	風しん	発しんが消失するまで
6	水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
7	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
8	結核	症状により学校医、その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
9	髄膜炎菌性髄膜炎	同上

第3種学校感染症

10	腸管出血性大腸菌感染症	症状により学校医、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
11	流行性角結膜炎	同上
12	急性出血性結膜炎	同上
13	コレラ	同上
14	細菌性赤痢	同上
15	腸チフス	同上
16	パラチフス	同上
[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]		
17	溶連菌感染症	抗生剤治療開始後24時間を経て全身症状がよくなるまで
18	手足口病	発熱、口内疹などの急性症状が消退して、全身状態の安定するまで
19	伝染性紅斑	発疹のみで全身状態が良ければ登校可能
20	その他の感染症	症状が改善し、全身状態が良くなるまで

(注)「その他の感染症」とは、ウイルス肝炎・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症・ヘルパンギーナをいいます。

[通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症]

アタマジラミ・水いぼ（伝染性軟疣（属）腫）・伝染性膿痂疹