

年 月 日

活水中学高等学校
校長 大岩 厚 様

保護者氏名 _____ 印

学 校 感 染 症 罹 患 報 告 書

第 学年 組 番

生徒氏名 _____

医師により学校感染性疾患に罹患したと診断され、治療し、感染症予防上支障がないと判断されましたので、 月 日より登校いたします。

※ 薬の説明書返却希望 (あり ・ なし)

※各主治医の先生へお願い (医師記入欄)

ご多忙のところ恐れ入りますが、診察ならびに治療につきまして、よろしく
お願い致します。なお、学校への報告として下記をご記入の上、お返しく
ださいようお願い致します。

感染症名 (_____)

出席停止期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

《学校使用欄》

※保護者の方は記入しないでください。

出席停止期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 月 日

記入例

※裏面に学校における予防すべき感染症と出席停止期間を載せていますので、ご参照ください。

年 月 日

活水中学高等学校

校長 大岩 厚 様

保
護
者
が
記
入

保護者氏名 活水 太郎 印

学校感染症罹患報告書

第 1 学年 **C** 組 1 番

生徒氏名 活水 花子

医師により学校感染性疾患に罹患したと診断され、治療し、感染症予防上支障がないと判断されましたので、1月15日より登校いたします。

※ 薬の説明書返却希望 (あり ・ **なし**)

※ 薬の説明書返却を希望される方は、学校でコピー後、返却いたします。

※各主治医の先生へお願い（医師記入欄）

医
師
が
記
入

ご多忙のところ恐れ入りますが、診察ならびに治療につきまして、よろしく
お願い致します。なお、学校への報告として下記をご記入の上、お返しく
致しますようお願い致します。

感染症名 (インフルエンザA型)

出席停止期間 2023年 1月 10日 ～ 1月 14日

医療機関名 長崎 内科

医師名 長崎 一郎

※ 受診時に期間が明示できない場合は、
例)・解熱後2日経過するまで
・下痢症状が完治するまで 等
を医師に記入していただき、保護者が登校再開
前日の日付を記入してください。

《学校使用欄》

※保護者の方は記入しないでください。

出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校における予防すべき感染症について

学校感染症（下表参照）に罹患した場合、他の生徒にうつる恐れのある間は、学校保健安全法施行規則により登校することができません。お子様が学校感染症に罹患したと医師により判断された場合、学校長の指示により、治癒するまで出席停止といたします。

	対象	期間
第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう（天然痘）、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎（ポリオ）、ジフテリア、SARS、鳥インフルエンザ（H5N1）	治癒するまで
第2種	インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核	<u>発症後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで</u> <u>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</u> <u>解熱後3日経過するまで</u> <u>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</u> <u>発疹が消失するまで</u> <u>すべての発疹が痂皮化するまで</u> <u>主症状消退後2日経過するまで</u> <u>感染のおそれがないと認めるまで</u>
第3種	コレラ、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、その他の感染症	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
その他	条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症の例 溶連菌感染症・ウイルス性肝炎・手足口病・伝染性紅斑・ヘルパンギーナ・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症	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

※下記の出席停止扱いに関する必要書類をそろえて、担任へ提出してください。

1. 「学校感染症罹患報告書」…表面の報告書に必要事項を記入して提出。（医師記入欄あり）
本校のHPからもダウンロード可能。
2. 「薬の説明書」…病院でもらう薬の説明書を診断書の代わりに証明とする。