校長	教頭	教務主任	養護教諭	学年主任	担任

学校感染症報告書

岐阜県立多治見北高等学校　　年　　組　　番　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

種類	○印	病名	出席停止期間の基準 （※ただし、医師が感染のおそれがないと認めたときはこの限りでない）
第１種		病名（　　）	治癒するまで
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
		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、症状が軽快した後１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
		麻しん	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
		風しん	発しんが消失するまで
		水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
		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	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
		髄膜炎菌性髄膜炎	
第３種		コレラ	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
		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	
	＜下記は条件によっては出席停止の措置が必要と考えられるもの＞		
		溶連菌感染症	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
		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	
		その他（　　）	

【出席停止期間】　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

【受診医療機関名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 注意事項

・保護者の方で記入してください。医療機関による証明は不要です。ただし、受診を証明できる書類（調剤明細書等で患者名、日付、医療機関名、薬剤名等が記入されたもの）を添付して提出してください。

・登校の可否については医師の指示に従ってください。