令和　　年　　月　　日

岐阜県立長良高等学校長　様

年　　組　生徒氏名

保護者氏名

学校において予防すべき感染症の罹患報告書

このことについて、下記のとおり学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、報告します。

種類	感染症名 該当する感染症名に〇をつけてください	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、この限りではない）
第２種	インフルエンザ　（　　型　）	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
	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	全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	医師が感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
	新型コロナウイルス感染症	発症後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
第３種	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、 パラチフス、腸管出血性大腸菌感染症、 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎	病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
	その他の感染症 溶連菌感染症、手足口病、伝染性紅斑、 マイコプラズマ感染症、ヘルパンギーナ、 流行性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎）、 ウイルス性肝炎 （　　）	

受診医療機関名	
医師に診断された日	令和　　年　　月　　日（　　）
出席停止期間	令和　　年　　月　　日（　　）　から 令和　　年　　月　　日（　　）　まで

※注意事項

・**提出の際に、受診を証明できるもの（調剤説明書のコピー等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの）を添付してください。**

・登校につきましては、医師の指示に従ってください。