

感染症治ゆ報告書

※保護者の方が記入・捺印して次回登校の際に学校に提出して下さい。

年 組 番 氏名： _____

診 断 名： _____

医療機関名： _____

発症年月日： 年 月 日

医療機関受診日： 年 月 日

治ゆ年月日： 年 月 日 (解熱： 月 日)

上記の疾病は治ゆしましたのでご報告致します。

年 月 日

保護者氏名： _____ 印

〈出席停止の期間の基準〉

- 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日間の適正な抗生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・・・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(おたふくかぜ)症状が良好になるまで
- 風しん・・・発疹がすべて消失するまで
- 水痘(みずぼうそう)・・・すべての発疹がかさぶたになるまで
- 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、髄膜炎菌性髄膜炎・・・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