

感染症治療報告書

※保護者の方が記入・捺印して登校開始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

治癒年月日 : 年 月 日 (解熱 : 月 日)

上記の疾病は治癒しましたのでご報告致します。

年 月 日

保護者氏名 : _____ 印

〈主な感染症の出席停止期間の基準〉

- 新型コロナウイルス・・・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
また、発症から10日間はマスク着用を推奨
- 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、全身症状（おたふくかぜ）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