

感染症(インフルエンザ・新型コロナを除く)療養報告書 (印西市立小・中学校・幼稚園用)

学校において予防すべき感染症は、学校保健安全法施行規則第19条により出席停止の期間が定められています。診断を受けた場合は十分に療養し、回復してから登校(園)するようお願いいたします。また、登校(園)にあたっては、医師・保護者の方が下記に療養経過等を記入し、学校・幼稚園へ提出してください。

なお、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症については、保護者記入による別紙様式があり、医師による記入は必要ありません。

医師 記入欄 1 発症日・受診状況 \* 表内の事項をご記入ください。

| 発 症 日   | 受 診 状 況           |
|---------|-------------------|
| 月 日 ( ) | 医療機関名: 医師記入日: 月 日 |
|         | 医師名:              |

医師 記入欄 2 診断結果 \* 表内の該当する口内に✓、または疾患名をご記入ください。

| 学校における感染症 (疾患名)    | 出 席 停 止 期 間                                | 医師記入<br>のめやす                                    | 登校の<br>めやす                 |                        |
|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| 第二種                | <input type="checkbox"/> 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         | 再<br>受<br>診<br>時<br>記<br>入 | 登校(園)前に再受診し、<br>確認すること |
|                    | <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)           | 解熱した後3日を経過するまで                                  |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎<br>(おたふく) | 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、<br>かつ、全身状態が良好になるまで |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 風しん(三日はしか)        | 発しんが消失するまで                                      |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)         | すべての発しんが痂皮化するまで                                 |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)       | 主要症状が消退した後2日を経過するまで                             |                            |                        |
| 第三種                | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎           | 医師において感染のおそれがないと認めるまで                           | 診<br>断<br>時<br>記<br>入      | 登校(園)指示に従い<br>すること     |
|                    | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎          |                                                 |                            |                        |
| その他の<br>感染症        | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症            | 医師において感染のおそれがないと認めるまで                           | 診<br>断<br>時<br>記<br>入      |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎            |                                                 |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎         |                                                 |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)       | 医師において感染のおそれがないと認めるまで<br>(欠席の必要性がなければ提出不要です。)   |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ           |                                                 |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 手足口病              |                                                 |                            |                        |
|                    | <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ)       |                                                 |                            |                        |
| 上記以外の疾患(第一種・二種・三種) | 病 名                                        |                                                 |                            |                        |

保護者 記入欄 3 その他の症状 \* 「はい」「いいえ」のいずれかに○。「いいえ」がある場合は登校(園)できません。

|                   |          |
|-------------------|----------|
| 熱は平熱である           | はい ・ いいえ |
| 病気の症状はひどくない       | はい ・ いいえ |
| 食欲はある             | はい ・ いいえ |
| 1日中起き上がっていてもつらくない | はい ・ いいえ |

保護者 記入欄 4 療養報告 \* \_\_\_\_をご記入ください。

上記の感染症の診断を受け療養したところ症状が軽快し、上記2・3にある出席停止期間の基準をすべて満たす状態に回復しました。よって、本日 年 月 日 より登校(園)します。

年 組 児童・生徒・園児氏名

保護者氏名

日中連絡先

※医師記入にかかる文書料は保護者負担になります。