

医療機関名:

医師名: _____ 印

学校感染症通知書

氏名: _____ は、下記の理由により出席を停止させる必要がありますのでお知らせいたします。なお、医師に治癒証明書を記入していただき、登校する日に持参してください。

令和 年 月 日から約 日間、出席停止させることが適当です。

	病 名	出席停止の期間
第 1 種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	治癒するまで
	<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱	
	<input type="checkbox"/> 痘そう	
	<input type="checkbox"/> 南米出血熱	
	<input type="checkbox"/> ペスト	
	<input type="checkbox"/> マールブルグ病	
	<input type="checkbox"/> ラッサ熱	
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎	
	<input type="checkbox"/> ジフテリア	
	<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群 (病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る)	
	<input type="checkbox"/> 中東呼吸器症候群 (病原体がMARSコロナウイルスであるものに限る)	
<input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1であるものに限る)		
<input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ等感染症・及び新感染症		
第 2 種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (鳥インフルエンザ(H5N1)及び新型インフルエンザ等感染症を除く)	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで。または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。
	<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(おたふくかぜ)	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
	<input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか)	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 3 種	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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られるまで
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	
<input type="checkbox"/> 腸チフス		
<input type="checkbox"/> パラチフス		
<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎		
<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎		

切り取り線

治癒証明書

太田南保育園園長 様

児童名 _____

感染症名 _____ 年 月 日 ~ 年 月 日まで出席停止

上記の者は、経過観察が終了し登校可能と判断します。

医療機関名: 医師名

印