

学校感染症（インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症以外）治癒及び登校日報告書

加東市立社中学校長 様

年 組 番 児童生徒名 _____

上記の者は、学校感染症が治癒しており、他に感染の恐れがないため、下記により登校させることを報告いたします。

記

1 学校感染症名 (_____)

2 発症日（発熱等の症状が出た日：0日目） 令和 ____年 ____月 ____日 (____) 曜日

3 受診日・医療機関名 令和 ____年 ____月 ____日 (____) 曜日

医療機関名 _____

4 発症日からの経過

- ・発症日(症状が出た日)・・・ ____月 ____日 (____) 曜日
- ・症状が改善した日・・・・・・ ____月 ____日 (____) 曜日

5 登校させる日 令和 ____年 ____月 ____日 (____) 曜日

6 医師からの指示があればご連絡ください。

記入日 : 令和 ____年 ____月 ____日 保護者名（自署） _____

【登校可能 基準】

| | 感 染 症 (疾病名) | 登 校 基 準 |
|--------------------------------------|---|--|
| 第 二 種 学 校 感 染 症 | 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 （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 |
| | 風しん | 発しんが消失するまで |
| | 水痘（みずぼうそう） | すべての発しんが痂痂化（かさぶた）になるまで |
| | 咽頭結膜熱（プール熱） | 発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| | 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られるまで |
| 第 三 種 学 校 感 染 症 | 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られるまで |
| | コレラ・細菌性赤痢・腸管出血性大腸菌感染症・腸チフス、パラチフス・流行性角結膜炎・急性出血性結膜炎 | 症状によって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られるまで |
| | その他の感染症 | 学校医その他の医師の指示に従う |