

# 学校・園 感染症報告書 (本書面は、保護者が記入する)

学校名・園名 みそぎ保育園

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

種類	○印	病 名	出席停止期間の基準 <small>(※ただし、医師が伝染のおそれがないと認めるときは、この限りではない)</small>
第1種		病名( )	治癒するまで
第2種		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(幼児にあっては、3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日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
		麻疹	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	すべての発しんが痂皮化するまで
		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	医師が感染のおそれがないと認めるまで
		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るまで
第3種		コレラ	医師が感染のおそれがないと認めるまで
		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	
		その他の感染症( ) ← 上にないものについては、診断を受けた感染症名をご記入ください。診断が不明の場合は空欄で可。	

■ 医師より、上記の病気(○印)との診断を受けましたので、次のとおり報告します。

受診した医療機関名		
インフルエンザの場合	<u>発熱の初日</u>	年 月 日 ( )
	<u>解熱した日</u>	年 月 日 ( )
インフルエンザ以外の場合	医師の診断を受けた日	年 月 日 ( )
	医師が診断した出席可能日	年 月 日 ( )
学校・園を欠席した期間		年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

保護者 署名欄 \_\_\_\_\_

年 月 日 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_