

学校感染症患者連絡用紙及び出席停止通知書

群馬県立伊勢崎高等学校長 様

年 組 () 氏名

	病名	出席停止の期間
第1種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <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 <small>(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る)</small> <input type="checkbox"/> 中東呼吸器症候群 <small>(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る)</small> <input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ	治癒するまで
第2種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱) <input type="checkbox"/> 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎	発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで (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) 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終了まで 解熱した後3日を経過するまで 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 発しんが消失するまで すべての発しんが痂皮化するまで 主要症状が消退した後2日を経過するまで 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
第3種	<input type="checkbox"/> コレラ <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	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

治 癒 証 明 書

上記の病気が治癒し、登校可能と認めます。

出席停止期間

月 日 ~ 月 日 まで

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印