

(様式1)

兵庫県立加古川西高等学校長 様

学校感染症罹患届

年 組 番 名前

学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、届け出ます。

病 名 _____

療養期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日() ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日()

医療機関名 _____

保護者等名 _____

※ 保護者等が記入の上、処方薬説明書等(写)を裏面に添付してください。
治癒後の登校時に担任へ提出。医師による証明書は必要ありません。

【出席停止期間の基準】

医師において感染のおそれがないと認められた場合は、この限りではありません。

○新型コロナウイルス感染症

「発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで。」

「(無症状の場合)検体を採取した日から5日を経過するまで。」

○インフルエンザ

「発症した後(翌日を1日目)5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで。」

【参考：学校において予防すべき感染症】

第一種： エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、パスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(SARS)、中東呼吸器症候群(MERS)、特定鳥インフルエンザ (第一・二類, 結核除く)

第二種： 新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、結核、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎 (主に第五類)

第三種： 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、その他の感染症 (主に第五類)

その他： 感染性胃腸炎、サルモネラ感染症、カンピロバクター感染症、マイコプラズマ感染症、インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症、溶連菌感染症、伝染性紅斑、RS ウイルス感染症、EBウイルス感染症、単純ヘルペスウイルス感染症、帯状疱疹、手足口病、ヘルパンギーナ、A型肝炎、B型肝炎、伝染性膿痂疹、伝染性軟属腫、アタマジラミ、疥癬、皮膚真菌症 (主に第四・五類)

※(): 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の類型

【裏面】

学級担任 □ → 教務部 □ → 保健室保管

年 組 番 名前

処方薬説明書や薬袋等の写しを添付してください。