

令和 年 月 日

担当医様

学校感染症発生の連絡票の記入について（依頼）

兵庫県立神崎高等学校長

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の本校生徒について、診断内容等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。 問い合わせ先： 県立神崎高校 保健室 TEL 0790-32-0209

【生徒はこの連絡票を、担任まで提出してください。】

学校感染症発生の連絡票

年 組 番 氏名

1. 感染症名（該当欄に○印をつけてください）

病名	出席停止期間	感染症の種類
[]	治癒するまで	第一種
インフルエンザ（ ）型	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで	第二種
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)	解熱後3日を経過するまで	
水痘(水ぼうそう)	全ての発疹が痂皮化するまで	
風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで	
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	
咽頭結膜熱(プール熱)	主症状が消失した後2日を経過するまで	
結核・髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれがないと認められるまで	第三種
流行性角結膜炎	感染のおそれがないと認められるまで	
急性出血性結膜炎		
腸管出血性大腸菌感染症		
その他の感染症[]	感染のおそれがないと認められるまで	

2. 上記の感染症による出席停止期間 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）

以後、登校しても感染のおそれがないと認められる。

令和 年 月 日

医療機関名・住所

医 師 名

印