

保護者の方へ

以下の疾患と診断された場合、学校保健安全法により出席停止となります。医師に自宅療養期間等を確認し、下記に保護者が記入・押印して、登校時に学級担任へ提出してください。なお、療養期間中に定期考査がある場合は、医療機関が発行する検査結果や診療明細票の写し等を添付してご提出ください。

学校感染症罹患報告書

大阪府立夕陽丘高等学校

【疾患名】該当疾患に○印を付けてください。

| 種類 | ○印 | 疾患名 | 出席停止期間の基準(学校保健安全法第19条・学校保健安全法施行規則第18・19条) |
|-----|-----------------|---|--|
| 第1種 | | 疾患名() | 治癒するまで |
| 第2種 | | インフルエンザ()型 | 発症後(発熱の翌日を1日目とする)5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで |
| | | 百日咳 | 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が終了するまで |
| | | 麻疹(はしか) | 解熱後3日を経過するまで |
| | | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 耳下腺炎、顎下腺また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 | 発疹が消失するまで |
| | | 水痘(水ぼうそう) | すべての発疹が痂皮化するまで |
| | | 咽頭結膜熱(プール熱) | 主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| | | 新型コロナウイルス感染症 | 発症後(発熱の翌日を1日目とする)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 |
| | | 結核 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るまで |
| 第3種 | | コレラ | 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 |
| | | 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 | |
| | | 流行性角膜炎 | |
| | | 急性出血性結膜炎 | |
| | ※その他の感染症 () | ※学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第3種の感染症の「その他の感染症」として緊急的に措置をとることができる。 | |

【医療機関及び受診日】

| | |
|----------|--------------|
| 医療機関名 | |
| 医療機関電話番号 | |
| 受診日 | 令和 年 月 日 () |

【医師からの指示事項等】

| | |
|--------|---------------------|
| 自宅療養期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
| その他 | |

年 組 番 生徒名

保護者名

印