

学 校 感 染 症 治 ゆ 報 告 書

茨城県立藤代高等学校

1. 病名(該当する病名に○をつけてください)

病名	出席停止期間
新型コロナウイルス感染症	発症後5日かつ症状が軽減した後1日を経過するまで
インフルエンザ A 型	発症後5日かつ解熱後2日を経過するまで
インフルエンザ B 型	
インフルエンザ新型	
麻疹(はしか)	解熱後3日を経過するまで
流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	耳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
風疹(三日はしか)	紅い発疹が消失するまで
水痘(みずぼうそう)	全ての水疱が痂皮化するまで
咽頭結膜熱・アデノウイルス感染症	主要症状が消退した後、2日間を過ぎるまで
感染性胃腸炎(ウイルス性)	医師の判断による
溶連菌感染症	
手足口病	
マイコプラズマ肺炎	
伝染性紅斑	
百日咳	
その他 (病名を右欄に記載してください)	

2. 期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで (日間)

3. 受診医療機関名 _____

*受診を証明できる領収書・調剤説明書などのコピーの添付をお願いします

年 組 氏名 _____

保護者名 _____

*学校処理欄

校 長	教 頭	教務主任	保健主事	学年主任	担 任

(決裁後、文書は保健室で保管)