

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 _____

* 自宅で抗体検査キット等を利用し、陽性が出た場合等は記入しなくて結構です

* 医療機関を受診した場合には受診が分かる領収書のコピー等の添付をお願いします

年 組 氏名

保護者名