

この用紙は医師および保護者の方にご記入いただき、お子様の在籍する学校・園へご提出いただくものです

感染症（インフルエンザを除く）療養報告書（印西市立幼稚園・小・中学校用）

感染症（インフルエンザを除く）の診断を受けた場合は十分に療養し、回復してから登校（園）するようお願いいたします。また、登校（園）にあたっては、医師・保護者の方が下記に療養経過等を記入し、学校・園へ提出してください。

インフルエンザについては、保護者記入による別紙様式があり、医師による記入は必要ありません。

医師 記入欄 1 発症日・受診状況 *表内の事項をご記入ください。

発 症 日	受 診 状 況
月 日 ()	医療機関名： _____ 医師記入日： 月 日 医師名： _____ ⑩

医師 記入欄 2 診断結果 *表内の該当する口内に✓、または疾患名をご記入ください。

学校における感染症（疾患名）	出 席 停 止 期 間	医師記入のめやす	登校のめやす	
第二種	<input type="checkbox"/> 百日咳	特有な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	再 受 診 時 記 入	登校（園）前に再受診し、確認すること
	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで		
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく）	耳下腺、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		
	<input type="checkbox"/> 風しん（三日はしか）	発疹が消失するまで		
	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで		
	<input type="checkbox"/> 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		
第三種	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	医師において感染のおそれがないと認められるまで	診 断 時 記 入	（園）医師の指示に従い登校
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎			
その他の感染症	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	医師において感染のおそれがないと認められるまで	診 断 時 記 入	（園）医師の指示に従い登校
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎			
	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎			
	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）	医師において感染のおそれがないと認められるまで (欠席の必要性がなければ提出不要です)		
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ			
	<input type="checkbox"/> 手足口病			
<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ）				
上記以外の疾患（第一種・二種・三種）	病 名			

保護者 記入欄 3 その他の症状 *「はい」「いいえ」のいずれかに○。「いいえ」がある場合は登校・登園できません。

熱は平熱である	はい ・ いいえ
病気の症状はひどくない	はい ・ いいえ
食欲はある	はい ・ いいえ
1日中起き上がっていてもつらくない	はい ・ いいえ

保護者 記入欄 4 療養報告 * ___ をご記入ください。

上記の感染症の診断を受け、療養したところ症状が軽快し、上記2・3にある出席停止期間の基準をすべて満たす状態に回復しました。よって、本日 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登校します。

園児・児童・生徒氏名 _____ 年 組 _____

保護者氏名 _____ ⑩ _____ 日中連絡先 _____

※医師記入にかかる文書料は保護者負担になります