

様式2

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・幼稚園へご提出いただくものです。

感染症(インフルエンザ・新型コロナを除く)療養報告書 (印西市立小・中学校・幼稚園用)

学校において予防すべき感染症は、学校保健安全法施行規則第19条により出席停止の期間が定められています。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・幼稚園へ提出してください。

なお、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症については、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: _____ |

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 | 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) | 解熱した後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 | | |
| | <input type="checkbox"/> 風しん(三日はしか) | 発しんが消失するまで | | |
| | <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) | すべての発しんが痂皮化するまで | | |
| | <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るまで | 診 断 時 記 入 | 医師の指示に従い |
| | <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るまで | 診 断 時 記 入 | 登校(園)指示すること |
| | <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(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(園)します。

年 _____ 組 児童・生徒・園児氏名 _____

保護者氏名 _____

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。

令和5年5月8日改訂