

学校感染症治癒届

(Certificate of Recovery from Infectious Disease)

* この書類は保護者が記入し、学校に提出してください。 Parent or guardian must fill in this document and submit it to the school.

| | |
|---------------------|---------------|
| 生徒 student | 年 組 番 氏名 Name |
| 保護者氏名/Guardian Name | |

次の通り診断を受け、治癒しましたので登校しても差し支えないことを届け出ます。
/According to the doctor's diagnosis below, my child is now cured and can return to school.

↓当てはまる病名に○をお願いします。

| ○印 | 病名 Name of Disease | 出席停止期間 Suspension Period |
|----|---|---|
| | 新型コロナウイルス感染症/COVID-19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 発症日を0日として発症した後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 Until 5 days have passed after onset of illness <u>and</u> 1 day has passed since symptoms have become less severe. |
| | インフルエンザ/Influenza <input type="checkbox"/> | 発症日を0日として発症後 5 日を経過しかつ解熱後 2 日を経過するまで Until 5 days have passed after onset of illness <u>and</u> 2 days after decline of fever. |
| | 百日咳/Pertussis <input type="checkbox"/> | 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 Until the distinctive cough disappears, or 5 days of appropriate antibiotic treatment is completed. |
| | 麻疹 (はしか) /Measles <input type="checkbox"/> | 解熱した後 3 日を経過するまで Until 3 days have passed after decline of fever. |
| | 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) / Mumps <input type="checkbox"/> | 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 Until 5 days have passed since the onset of swelling of the parotid gland, submaxillary gland or sublingual gland <u>and</u> overall condition has improved. |
| | 風しん/Rubella (three-day measles) <input type="checkbox"/> | 発疹が消失するまで Until the rash disappears. |
| | 水痘 (水ぼうそう) /Varicella (Chicken pox) <input type="checkbox"/> | 全ての発疹が痂皮化するまで Until all the blisters have scabbed over. |
| | 咽頭結膜熱 (プール熱) /Pharyngoconjunctival fever (pool fever) | 主症状が消退した後 2 日を経過するまで Until 2 days have passed after major symptoms disappear. |
| | 流行性角結膜炎/Epidemic keratoconjunctivitis | 病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで Until the school doctor or another doctor determines the condition to be non-infectious. |
| | 急性出血性結膜炎/Acute hemorrhagic conjunctivitis | |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 /Enterohemorrhagic E.coli /Enterohemorrhagic | |
| | 結核/Tuberculosis | |
| | その他の感染症/Other infections [] | |

| | |
|--|-----------------|
| 出席停止期間/Attendance suspension period | *土日も含みます |
| 発症日(Date of onset) ____年 ____月 ____日 ~ 治癒日(Date cured) ____年 ____月 ____日 | |
| 医療機関名/ Medical institution Name | |