

学校感染症治癒届

横浜市立大正中学校

*この書類は保護者が記入し、学校に提出してください。

児童 生徒	氏名 Name 年 組 番
保護者氏名	

下記の通り診断を受け、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。

○印	病 名	出席停止期間
	新型コロナウイルス感染症	発症日を0日として発症後 10 日を経過するまで
	インフルエンザ	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
	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
	麻疹（はしか）	解熱した後 3 日を経過するまで
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	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
	風しん	発疹が消失するまで
	水痘（水ぼうそう）	全ての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主症状が消退した後 2 日を経過するまで
	流行性角結膜炎	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
	急性出血性結膜炎	
	腸管出血性大腸菌感染症	
	結核	
	その他の感染症 []	

出席停止期間 発症日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 治癒日 ____ 年 ____ 月 ____ 日
医療機関名(病院名、保健所、発熱センター等、指示を受けた機関名をお書き下さい)