

学校感染症に係る登校に関する意見書

上宮太子高等学校

____ 学年 ____ 組 生徒氏名 _____ 男・女

第1種	<input type="checkbox"/> (_____) 【 治癒するまで 】 <small>※特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザは第1種です。</small>
第2種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型・ _____ 型) 【 発症後5日を経過し、かつ解熱後2日経過 】 <input type="checkbox"/> 百日咳【 特有の咳が消失または5日間の適正な抗菌性物質製剤療法が終了 】 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)【 解熱後3日経過 】、 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)【 耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現したあと5日経過し、かつ全身状態が良好 】 <input type="checkbox"/> 風しん(三日はしか)【 発しんが消失 】 <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)【 すべての発しんの痂皮化 】 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)【 主要症状消退後2日経過 】 <input type="checkbox"/> 結核【 感染のおそれなし 】 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎【 感染のおそれなし 】
第3種	<div style="text-align: right;">【 感染のおそれなし 】</div> <input type="checkbox"/> コレラ、 <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢、 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症、 <input type="checkbox"/> 腸チフス、 <input type="checkbox"/> パラチフス、 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎、 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎、 <input type="checkbox"/> その他の感染症 ※流行の状況に応じて出席停止とする場合がある <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; margin: 5px 0;"> { _____ } </div> <small>※その他の感染症の代表例</small> <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症(主にA群溶血性連鎖球菌咽頭炎) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症・異型肺炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどによるもの) <input type="checkbox"/> 急性気管支炎(主としてRSウイルス感染によるもの) <input type="checkbox"/> 単純ヘルペス歯肉口内炎 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) _____ など
<input type="checkbox"/> いまだ病名の確定には至っていませんが、下記のような症状から「 <u>感染のおそれなし</u> 」と判断できず、現時点での登校は不適切であると判断します。 <input type="checkbox"/> 血液・粘液を含む便、 <input type="checkbox"/> この24時間以内に複数回の嘔吐、 <input type="checkbox"/> 原因不明の発しん、 <input type="checkbox"/> よだれを伴う口内炎・口内痛 <input type="checkbox"/> 発熱・脱水などの全身症状と持続する原因不明の腹痛、 <input type="checkbox"/> がんこな咳漱、 <input type="checkbox"/> 唾液腺の腫大 <input type="checkbox"/> その他	

その他意見欄

期 間

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで

上記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則(第18.19条)にもとづき、療養を指示しましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、____月____日からの登校が可能であると判断します。

年 ____ 月 ____ 日

医療機関名
診察医師名

(印)