

(この用紙は保護者がご記入の上、学校へご提出ください)

学校感染症等に係る再登校届

大阪府立東大阪支援学校

小学部・中学部・高等部（ 普通課程 ・ 生活課程 ） 年 組

児童生徒名 _____

診断名	病名	出停期間	選択欄
	インフルエンザ	発症後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで	
	風疹	発疹が消失するまで	
	麻疹	解熱後 3 日を経過するまで	
	水痘（みずぼうそう）	全ての発疹がか皮化（かさぶた化）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	
	百日咳	特有の咳が消失するまで又は 5 日間の抗菌性物質製剤による治療が終了するまで	
	咽頭結膜熱（プール熱）	主症状が消失した後 2 日を経過するまで	
	結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで	
	髄膜炎菌性髄膜炎		
	感染性胃腸炎		
	溶連菌感染症		
	伝染性紅斑（りんご病）		
	手足口病		
	その他		
	受診日		
医療機関名			
症状が出た日			
症状がおさまった日			

上記のとおり医師による診断を受け、令和 年 月 日より登校可能と判断されましたので、報告します。

令和 年 月 日
保護者名 _____