

保護者のみなさまへ

病院で学校において予防すべき感染症（以下、学校感染症）と診断された場合、学校保健安全法に基づき、出席停止となります。登校の際は、下記報告書に記入の上、担任まで提出を頂きますよう、よろしくお願いいたします。

大阪府立思斉支援学校長 様

登校報告書（保護者記入）

| 分類 | 該当疾患 (○印) | 疾患名 | 出席停止期間 |
|-----|--------------|-------------------------------------|---|
| 第1種 | | | 治癒するまで |
| 第2種 | | インフルエンザ(型) | 発症後5日かつ解熱後2日を経過するまで |
| | | 新型コロナウイルス感染症 | 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 |
| | | 麻疹 | 解熱した後3日を経過するまで |
| | | 風疹 | 発疹が消失するまで |
| | | 水痘 | すべての発疹が痂皮化するまで |
| | | 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 |
| | | 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張が発現した後、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日間の適正な抗生物質製剤による治療が終了するまで |
| | | 結核 | 主治医等において、感染のおそれがないと認めるまで |
| | | 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| 第3種 | | 溶連菌感染症 | |
| | | アデノウイルス感染症 | |
| | | 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) | |
| | | 手足口病 | |
| | | 伝染性紅斑(りんご病) | |
| | | その他() | |

受診医療機関名:

発 症 日: 令和 年 月 日 ()

登校可能日: 令和 年 月 日 () から

上記○の疾病であるとの診断がありましたので報告します。

令和 年 月 日 (小・中・高) 年 組 名前

保護者名

※記入等でご不明点がありましたら、担任までご相談ください。