

学校感染症等に係る登校に関する意見書

大阪府立すながわ高等支援学校 _____年 組 名前 _____(男・女)

- 下記の疾患に罹患した(疑い含む)ため、学校保健安全法施行規則にもとづき、
_____月 _____日 より療養 を指示していましたが、感染のおそれがきわめて
少なくなったので、_____月 _____日以降の登校が可能 であると判断しました。

第1種 [治癒するまで]

診断名 _____

第2種

- インフルエンザ (A型・B型・疑い) [発症後5日経過し、かつ解熱後2日間]
 麻疹 [解熱後3日経過するまで]
 水痘 [すべての発疹の痂皮化]
 風疹 [発疹消失]
 流行性耳下腺炎 [腫脹後5日経過し、かつ全身状態が良好になるまで]
 咽頭結膜熱 [主要症状消褪後2日経過するまで]
 百日咳 [特有の咳消失、または5日間の抗菌性物質製剤による治療終了まで]
 結核 [感染のおそれなくなるまで]
 髄膜炎菌性髄膜炎 [感染のおそれなくなるまで]

第3種

- 腸管出血性大腸菌感染症 (※便の細菌培養において2回陰性が確認されたものとするのが一般的)
 流行性角結膜炎
 急性出血性結膜炎
 その他：診断名 _____

■ その他の意見

(_____)

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名：

診察医師名：