

登校届

大阪府立八尾支援学校長 様

(小学 ・ 中学 ・ 高等) 部 年 組

児童・生徒名

下記 (○印) 病名で、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの間、

療養中でしたが、医療機関名 により、主要症状が消退し、

登校しても差し支えないと診断されましたので報告します。

*あてはまる病名に○印をご記入ください

○印	病名	登校基準
	インフルエンザ (型)	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後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
	風疹 (三日ばしか)	発疹が消退するまで
	水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹がかさぶたになるまで
	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
	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
	髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染のおそれがないと認めるまで
	結核	
	腸管出血性大腸菌感染症	
	流行性角結膜炎	
	急性出血性結膜炎	
	溶連菌感染症	
	手足口病	
	伝染性紅斑 (リンゴ病)	
	マイコプラズマ肺炎	
	感染性胃腸炎等 (ウイルス性胃腸炎、ノロウイルス、ロタウイルスを含む)	
	その他 ()	下痢・嘔吐から回復し、全身状態良好で脱水症状を認めないようになるまで

平成 年 月 日

保護者名

印

◎本紙「登校届」は、従来の医療機関が証明する「治愈証明書」の代わりとして、保護者の証明をもって手続きをすすめるものです。保護者の方が必要事項をご記入の上、ご提出ください。