

平成 年 月 日

山口県立防府高等学校長 様

保護者氏名 _____ 印

学校感染症罹患届

下記のとおり、学校感染症に罹患(罹患の疑いを含む)しましたので、お届けします。

生徒氏名	年 組 番 氏名
出席停止期間	年 月 日 から 年 月 日まで

記

《 医師記入欄 》病名の該当欄に○印をお願いします。

	○印	病名	出席停止期間の基準
第一種		第一種感染症 ()	治癒するまで
第二種		インフルエンザ	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、または、5日間の適正な抗菌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
		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後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
		風しん	発疹が消失するまで
		水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
		結核	感染の恐れがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがないと認めるまで
第三種		第三種感染症 ()	
その他		()	

※溶連菌感染症、マイコプラズマ感染症、アデノウイルス感染症は山口県では出席停止扱いができる疾患です。

平成 年 月 日

医療機関・医師名 _____ 印