

令和 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		第一種の感染症 ()	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又は5日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで
		麻疹	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
		風しん	発しんが消失するまで
		水痘(みずぼうそう)	全ての発しんがかさぶたになるまで
		咽頭結膜熱	発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消退した後2日を経過するまで
		結核	感染のおそれがないと認められるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれがないと認められるまで
第三種		第三種の感染症 ()	
その他		その他の感染症 ()	

※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。

令和 年 月 日

医療機関・医師名 _____

印