

平成 年 月 日

大阪府立堺西高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

保護者名

印

## 学校感染症等罹患届

下記の期間、学校感染症等に罹患し、医師の指示に基づいて療養していました。

1 診断された疾患名	
2 出席停止の期間	平成 年 月 日 ( ) ～ 月 日 ( ) まで
3 医師からの指示事項	
4 受診した医療機関	医療機関名 所在地 連絡先  受診した日にち 平成 年 月 日

注1) 上記項目は、すべて保護者が記入してください(医師に書いてもらう必要はありません)。

注2) 受診時の領収書・薬袋・薬局の領収書等のコピー(日付の入っているもの・いずれか1つ)を添付してください。

注3) 学校での集団感染防止のために、必要な場合は医療機関に連絡をとることがあります。

注4) 主な学校感染症と出席停止期間のめやす

インフルエンザ	解熱後2日を経過するまで
新型インフルエンザ	治癒するまで(約7日間～)
百日咳	特有の咳が消失するまで
麻疹(はしか)	解熱後3日を経過するまで
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺の腫脹が消失するまで
風疹(3日ばしか)	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(プール熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
その他の感染症	医師により、感染のおそれなくなったと認められるまで