

下記の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）

学校感染症に係る登校届

大阪府立堺聴覚支援学校

令和 年 月 日

（ 幼稚 ・ 小学 ・ 中学 ）部

幼児児童生徒名

保護者名

※該当する病名に○印を記入してください。

○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（幼児にあっては、3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
	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）	すべての発しんがかさぶたになるまで
	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
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
	結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	
	コレラ	
	細菌性赤痢	
	腸管出血性大腸菌感染症	
	腸チフス	
	パラチフス	
	流行性角結膜炎	
	急性出血性結膜炎	

■診断された日・・・・・・ 月 日（ ）

■受診した医療機関・・・〔 〕

■医師から注意事項等指示されていることがありましたら、記入してください。

〔 〕

※対象となる感染症は、「学校で予防すべき感染症の種類」をご覧ください。『その他の感染症』は、法により、学校では通常見られないような重大な流行が起こった場合、その感染拡大を防ぐ必要があるときに限り、出席停止扱いとなります。状況によって、扱いが異なりますので、診断を受けた際は担任または保健室にご連絡ください。