

保護者の方でご記入をお願いします。

学校感染症報告書

年 組 氏名

下記は学校保健安全法施行規則に定められている学校感染症です。医師より、下記の感染症と診断された場合は、登校再開時に学校（担任または保健室）へ提出してください。

今回かかった感染症に○印をつけてください。

第一種	エボラ出血熱，クリミア・コンゴ出血熱，痘そう，南米出血熱， ペスト，マールブルグ病，ラッサ熱，急性灰白髄炎，ジフテリア， 重症急性呼吸器症候群（SARS），鳥インフルエンザ（H5N1，H7N9） 新型コロナウイルス感染症				
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く。），百日咳，麻疹， 流行性耳下腺炎，風しん，水痘，咽頭結膜熱，結核				
第三種	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 ※その他の感染症（ <table border="0"><tr><td>感染性胃腸炎</td><td>（ノロウイルス等）</td></tr><tr><td>溶連菌感染症</td><td>マイコプラズマ感染症 など</td></tr></table> ）	感染性胃腸炎	（ノロウイルス等）	溶連菌感染症	マイコプラズマ感染症 など
感染性胃腸炎	（ノロウイルス等）				
溶連菌感染症	マイコプラズマ感染症 など				

発症日 令和 年 月 日

受診日 令和 年 月 日

登校許可日 令和 年 月 日

受診した医療機関名 _____

※登校再開日については、主治医の指示に従ってください。

学校長様

保護者氏名

印