

岐阜第一高等学校長 様

年 組 氏名

保護者氏名 印

書類提出日 年 月 日

## 学校感染症（第2・3種）に関わる出席停止措置願い

種類	○印	病名	出席停止期間の基準 <small>※ただし、医師が感染のおそれがないと認めたときはこの限りではない</small>
第2種		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
		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	解熱した後、3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	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	すべての発しんが痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	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	医師が感染のおそれがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
第3種		コレラ	医師が感染のおそれがないと認めるまで
		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	
その他		診断名（ ）	
		<small>※上記にない診断名で、医師が出席停止と判断した感染症のみ</small>	

■医師より、上記の病気（○印）との診断を受けましたので、次のとおり報告します。

インフルエンザ	発症の初日	年 月 日（ ）
新型コロナウイルス	解熱した日	年 月 日（ ）
	症状が軽快した日	年 月 日（ ）
それ以外の感染症	診断を受けた日	年 月 日（ ）
	医師が診断した登校可能日	年 月 日（ ）
出席停止期間	年 月 日（ ）から 年 月 日（ ）までの（ ）日間	
受診した医療機関		

※この用紙の裏面に受診を証明できる書類のコピーを必ず添付してください。

(受診した医療機関の領収書や明細、調剤説明書、患者名、日付、薬剤名など感染症に罹ったことが分かる書類等)

## 【書類添付欄】

(受診した医療機関の領収書や明細、調剤説明書、患者名、日付、薬剤名など感染症に罹ったことが分かる書類等)