

保護者記入

治癒報告書

茨城県立結城第二高等学校長 殿

生徒氏名		年		組		番		氏名

病 名 1 インフルエンザ (型)

2 その他 ()

出席停止期間（医師より指示された期間）

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで (日間)

医療機関名

上記の疾病でしたが、登校に支障がないまで治癒したことを報告します。

令和 年 月 日

保護者氏名

※ 裏面に領収書（処方された薬が記載されているもの）の写しを添付してください。

ここに領収書等のコピーを貼り付けてください。

	病名	出席停止期間
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(ポリオ)、ジフテリア、重症呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血清亜型が H5N1 であるものに限る）	治癒するまで
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザを除く）	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	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
	風疹	発しんが消失するまで
	水痘	すべての発しんが痂皮化（かさぶた）するまで
	咽頭結膜熱	主要症状（発熱、咽頭炎、結膜炎など）が消退した後2日を経過するまで
	新型コロナウイルス	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	
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（マイコプラズマ肺炎、感染性胃腸炎、溶連菌感染症等）	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

※第三種の「その感染症」とは、感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、学校医等の意見を聞き、校長が第三種の感染症として緊急的に措置をとることができるものとして定められているものであり、あらかじめ特定の疾患が定められているものではありません。