

# 保護者記入

# 学校感染症報告書

県立高津養護学校 ( 小・中・高・生田東分・川崎北分 ) 年 組

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

項目	記入欄		
診断された日	年 月 日 ( )		
指示された出席停止の期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )		
登校について医師から指示された内容			
受診医療機関名		医療機関の電話番号	
登校を再開する日	年 月 日 ( )		

下の表のうち、罹患した感染症に○をつけてください。

診断名	○	診断名	○
インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く)	( 型)	髄膜炎菌性髄膜炎	
百日咳		結核	
麻疹 (はしか)		咽頭結膜熱	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		水痘 (みずぼうそう)	
風しん		感染性胃腸炎	
急性細気管支炎 (RS ウイルスなど)		マイコプラズマ感染症	
带状疱疹		溶連菌感染症	
単純ヘルペス感染症		伝染性紅斑 (りんご病)	
ヘルパンギーナ		手足口病	
伝染性軟属腫 (みずいぼ)		皮膚真菌症 (カンジダ感染症。白癬感染症。トングランス感染症)	
伝染性膿痂疹 (とびひ)		肝炎	( 型)
アタマシラミ			
疥癬		肺炎球菌感染症	
流行性角結膜炎		サルモネラ感染症	
急性出血性結膜炎		カンピロバクター感染症	
腸管出血性大腸菌感染症		インフルエンザ菌感染症	
その他 ( )			

提出先 担任→養護教諭