担当医様

日本福祉大学付属高等学校

お手数ですが、ご記入をお願い致します。

感染症罹患届

下記の通り、感染症に罹患した又は罹患した疑いがあるため、学校保健安全法第 19 条に基づき出席停止とします。

記

生徒氏名　　年　　組　　番　　氏名

疾患名　〔　　〕

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、重症急性呼吸症候群（ＳＡＲＳ）、中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）及び特定鳥インフルエンザ

第二種

インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、新型コロナウイルス感染症、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎

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、急性出血性角膜炎その他の感染症

出席停止期間

令和　　年　　月　　日　から

令和　　年　　月　　日　までの　　日間

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名