

校 長	副 校 長	教 頭	教務主任	保健主事	養護教諭	学年主任	担 任

保護者記入

学校感染症等に関する罹患届書

令和 年 月 日

茨城県立水戸第一高等学校長 殿
 附属中学校長 殿

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

㊞

1 罹患感染症名 (下記の感染症のうち診断されたものに○印を記入する)

第 1 種		第 2 種		第 3 種	
<input type="checkbox"/>	エボラ出血熱	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	コレラ
<input type="checkbox"/>	クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢
<input type="checkbox"/>	痘そう	<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/>	南米出血熱	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>	腸チフス、パラチフス
<input type="checkbox"/>	ペスト	<input type="checkbox"/>	風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	マールブルグ病	<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	ラッサ熱	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	急性灰白髄炎(ポリオ)	<input type="checkbox"/>	結核		
<input type="checkbox"/>	ジフテリア	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎		
<input type="checkbox"/>	重症急性呼吸器症候群(SARS)	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症		
<input type="checkbox"/>	中東呼吸器症候群(MERS)	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	特定鳥インフルエンザ	<input type="checkbox"/>			

その他の感染症 (2020.6.1.現在)

<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)	<input type="checkbox"/>	A型肝炎
<input type="checkbox"/>	サルモネラ感染症	<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	B型肝炎
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ感染症	<input type="checkbox"/>	EBウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	伝染性膿痂疹(とびび)
<input type="checkbox"/>	肺炎球菌感染症	<input type="checkbox"/>	単純ヘルペスウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	伝染性軟属腫(みずいぼ)
<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症	<input type="checkbox"/>	帯状疱疹	<input type="checkbox"/>	アタマジラミ症
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	手足口病	<input type="checkbox"/>	疥癬
		<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/>	皮膚真菌症(カンジダ、白癬)

2 出席停止期間

令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()

3 診断を受けた医療機関 ()

4 学校への連絡事項等 ()

※ 医療機関において、罹患証明書および治癒証明書を受ける必要はありません。