

伝染病罹患に関する申告書

平成 年 月 日

岩手県立盛岡視覚支援学校長 様

幼・小・中・高普・高理 _____年

幼児児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

学校保健安全法施行規則第19条に定める伝染病に罹患したので下記のとおり申告します。また、必要に応じて学校が受診医療機関に確認することを承諾します。

記

1. 伝染病の種類（該当する病名を○印で囲む）

(1) 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
重症急性呼吸器症候群（SARS） 鳥インフルエンザ（H5N1）

(2) 第二種

インフルエンザ（A・B） 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘
咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎

(3) 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
その他の伝染病（病名： _____)

2. 発病年月日（診断日）

平成 年 月 日

3. 医師から学校を欠席するように指示された期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで

4. 受診医療機関

_____ (電話： _____)

※ 病院の領収書や薬の説明書等受診したことを確認できるもの（コピーで可）を添付して申告すること。