

その他の感染症(マイコプラズマ肺炎)経過報告書 (保護者等記入)

HRNO

生徒氏名

生年月日 平成 年 月 日

症状出現日：令和 年 月 日 (発症0日)

医療機関診断日：令和 年 月 日

受診医療機関名：

〔 医師からの注意事項があれば記入 (学校へ伝えること) 〕

- ◆マイコプラズマ肺炎の登校基準について、小笠高校では次のように設定しています。

「マイコプラズマ肺炎の抗菌薬3日分の服用を終え、症状が改善していること」

登校するにあたり、医師の証明は必要ありません。以下の経過報告書を保護者が記入し、登校する際、学校へ提出してください。また、咳が出る場合は、マスクの着用をお願いいたします。

(注意) マイコプラズマ肺炎は、学校感染症第3種「その他の感染症」であり、重大な流行が起こった場合に必要のある時に限って校長が緊急的な処置として定めるとしてあります。よって小中学校や他の高校では、対応が異なりますので、各学校の指示に従ってください。

経過日数	月日	午前測定 時刻：体温	午後測定 時刻：体温	抗菌薬 服用 (○を 記入)	症状 (主症状があれば記載) 例：発熱、嘔吐、下痢、 咳、頭痛、発疹等
発症日 (0日目)	月 日	時 分度	時 分度		
1日目	月 日	時 分度	時 分度		
2日目	月 日	時 分度	時 分度		
3日目	月 日	時 分度	時 分度		
4日目	月 日	時 分度	時 分度		
5日目	月 日	時 分度	時 分度		
6日目	月 日	時 分度	時 分度		
7日目	月 日	時 分度	時 分度		
8日目	月 日	時 分度	時 分度		
9日目	月 日	時 分度	時 分度		
10日目	月 日	時 分度	時 分度		

保護者氏名：