

各種感染性疾患報告書

報告者名		連絡先	tel /IP
------	--	-----	---------

罹患者		疾患名	症状発生日・診断日	備考
所属	職名	☐ インフルエンザ (☐ A型・ ☐ B型・ ☐ 不明) → ワクチン接種歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 感染性胃腸炎 (ノロウイルス) ☐ その他 ()	症状発生日	
氏名	教職員番号		診断日	
所属	職名	☐ インフルエンザ (☐ A型・ ☐ B型・ ☐ 不明) → ワクチン接種歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 感染性胃腸炎 (ノロウイルス) ☐ その他 ()	症状発生日	
氏名	教職員番号		診断日	
所属	職名	☐ インフルエンザ (☐ A型・ ☐ B型・ ☐ 不明) → ワクチン接種歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 感染性胃腸炎 (ノロウイルス) ☐ その他 ()	症状発生日	
氏名	教職員番号		診断日	
所属	職名	☐ インフルエンザ (☐ A型・ ☐ B型・ ☐ 不明) → ワクチン接種歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 感染性胃腸炎 (ノロウイルス) ☐ その他 ()	症状発生日	
氏名	教職員番号		診断日	
所属	職名	☐ インフルエンザ (☐ A型・ ☐ B型・ ☐ 不明) → ワクチン接種歴 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 感染性胃腸炎 (ノロウイルス) ☐ その他 ()	症状発生日	
氏名	教職員番号		診断日	

※発熱、下痢、発疹などの症状を認めた場合や咳嗽症状が続く場合は、医療機関を受診のうえ、主治医の指示に従い適切な治療を受けるようお願いします。

なお、以下の15疾患に罹患した場合は、電話もしくはFAX等で、速やかに保健管理室に報告していただくをお願いします。

連絡先：保健管理室（10号館4階）

（内線：6544、FAX:6378）

〈報告が必要な感染性疾患〉

感染症名	教職員本人が発症した場合の就業制限
結核	医師により感染の恐れがないと認められるまで（通常喀痰塗抹検査で3回の陰性確認）
インフルエンザ	発症後（発症日の翌日を1日目とし）5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
麻疹	発疹出現4日後まで
水痘	病変が痂皮化するまで
風疹	発疹出現7日後まで
流行性耳下腺炎	耳下腺腫脹5日後まで
感染性胃腸炎（ノロウイルス）	下痢便消失2日後まで
腸管出血性大腸菌感染症	(有症状の場合)症状が治まり、かつ抗菌薬治療終了後48時間をあけて連続2回の検便で菌陰性を確認するまで (無症状の場合)直近の1回の検便で菌陰性を確認するまで
百日咳	適切な治療開始5日後まで
マイコプラズマ	発熱と激しい咳の急性期は就業制限が望ましい。罹病期間中はサージカルマスクを着用する
手足口病	サージカルマスク着用、排泄後の手洗いを励行にて、原則就業制限はない
帯状疱疹	播種性、免疫不全者、患部がガーゼ等のドレッシング剤で覆えない場合は罹病期間中 免疫不全がなく病変部を覆える限局性のものは、原則就業制限はない
流行性角結膜炎	眼科医により感染の恐れがないと認められるまで（通常7～14日間）
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療開始24時間後まで
伝染性単核症	症状のある期間はサージカルマスク着用にて原則就業制限はない