

保護者様

三重県立伊勢まなび高等学校長

感染症による出席停止について

お子様が学校保健安全法の規定による次の感染症にかかっている、あるいは恐れがあると思われる場合、医療機関を受診し、主治医の指示に従ってください。

また、主治医の診断を受けたら学校へ連絡をしてください。その後、登校ができるようになりましたら下記の「感染症の出席停止解除についての連絡」に記入していただき、名前と日付の入った医療機関受診の確認ができる書類（領収書や処方薬の袋、薬剤情報提供文書等）のコピーをつけ担任まで提出してください。

出席停止の病名と期間の基準（学校保健安全法施行規則より）

	病名	出席停止期間
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、マールブルク病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、SARS、鳥インフルエンザ、COVID-19	治癒するまで
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザは除く）	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核、髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
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、その他の感染症（マイコプラズマ肺炎・溶連菌感染症・その他）	病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで

.....キ リ ト リ.....

感染症の出席停止解除についての連絡

三重県立伊勢まなび高等学校長 あて

____学年____組____席 名前 _____

1 病 名 _____

2 出席を停止した期間 ____年__月__日から____年__月__日まで ____日間

*名前と日付の入った医療機関受診の確認ができる書類（領収書や処方薬の袋、薬剤情報提供文書等）のコピーをつけてください。