

感染症による出席停止について

下記の感染症にかかっている場合、主治医が定める期間の欠席は出席停止扱いとなります。
主治医より登校許可が出るまでの間は、医療機関または自宅にて療養してください。
登校再開時に、下欄の「出席停止解除について」に保護者が記入し、学校に提出してください。

第一種・・・治癒するまで

エボラ出血熱、ペスト、SARS、新型インフルエンザ等の指定感染症、新型コロナウイルス感染症（R2.2～）

第二種

インフルエンザ・・・・・・・・・・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剤による治療が終了するまで

麻疹（はしか）・・・・・・・・・・解熱後3日を経過するまで

流行性耳下腺炎（おたふく風邪）・・・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・・・・・・・・・・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・・・・・・・・・・感染のおそれがないと認めるまで

髄膜炎菌性髄膜炎・・・・・・・・感染のおそれがないと認めるまで

第三種・・・感染の恐れがないと認めるまで

腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他の感染症（溶連菌感染症・ウイルス性肝炎・手足口病・伝染性紅斑・マイコプラズマ感染症・感染性胃腸炎などで出席停止指示のある場合）など

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ き り と り ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

保護者 様

上記の感染症に罹患している場合は『出席停止』とします。以下にご記入いただきますよう、よろしく申し上げます。

出席停止解除について

小・中・高 年 名前 :

病名 : _____

出席停止期間 : _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

上記のように医師から指示を受けました。

受診日 令和 _____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

保護者名 _____