

## 出席停止のお知らせ

学校保健安全法により、下記の感染症にかかっている、またはかかっている疑いのある生徒は出席停止となります。出席停止の期間は下記の通り定められていますので、早急に医療機関で医師の診察を受けてください。

また、感染症が軽快し次回登校する際には、別紙の「学校感染症り患届」に証明を受け、担任までご提出ください。**保護者の記入でも提出可能とします。**

なお、ご不明な点がございましたら、保健室まで直接お問い合わせください。

(03-5996-3131 担当:保健室 北野)

2023年5月版

分類	病名	出席停止期間の基準
第一種	エボラ出血熱	治癒するまで
	クリミア・コンゴ出血熱	
	痘そう	
	ペスト	
	ジフテリア	
	マールブルグ病	
	急性灰白髄炎	
	南米出血熱	
	ラッサ熱	
	重症急性呼吸器症候群(SARS)	
	中東呼吸器症候群(MERS)	
	特定鳥インフルエンザ(H5N1)	
第二種	インフルエンザ (鳥インフルエンザを除く)	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)	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(3 日ばしか)	発疹が消失するまで
	水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮(かさぶた)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	病状により、学校医その他の医師により感染の恐れがないと認められるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により、学校医その他の医師により感染の恐れがないと認められるまで
<b>新型コロナウイルス感染症</b>	<b>発症した後 5 日を経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日を経過するまで</b>	
第三種	コレラ	病状により、学校医その他の医師により感染の恐れがないと認められるまで
	細菌性赤痢	
	腸チフス	
	腸管出血性大腸菌感染症	
	パラチフス	
	流行性角結膜炎	
	急性出血性結膜炎	
	流行性嘔吐下痢症(感染性胃腸炎)	
	溶連菌感染症	
	手足口病	
	伝染性紅斑	
	マイコプラズマ感染症	
	その他の感染症	

※第二種について、医師において感染の恐れがないと認めるときは、この限りではない。

※かぜ(感冒、上気道炎など)は、出席停止扱いとならない。

学校感染症り患届

目白研心 中 ・ 高 年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_  
又は医師名 \_\_\_\_\_ (自署)

感染症のり患により以下の期間療養を必要としましたのでご報告いたします。

「療養期間」

20 年 月 日 ( ) ~ 20 年 月 日 ( )

※発熱による早退や、本用紙発行のための受診による遅刻も出席停止期間に含まれます

「疾病名」(該当する疾病の□欄にチェック)

第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/> 痘そう	<input type="checkbox"/> ペスト
	<input type="checkbox"/> ジフテリア	<input type="checkbox"/> マールブルグ病	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎	<input type="checkbox"/> 南米出血熱
	<input type="checkbox"/> ラッサ熱	<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(SARS)		
	<input type="checkbox"/> 中東呼吸器症候群(MERS)		<input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ(H5N1)	
第二種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく)
	<input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか)	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		
第三種	<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	<input type="checkbox"/> 腸チフス	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
	<input type="checkbox"/> パラチフス	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症
	<input type="checkbox"/> その他の感染症(病名 )			(感染性胃腸炎)

受診した医療機関名 電話番号	電話番号
発症等の経緯	発症日 月 日 ( ) 受診日 月 日 ( ) 解熱日 月 日 ( ) その他

20 年 月 日

担任受付日	保健室受付