

学校感染症による出席停止願書

年 組 氏名

- 次の病気(○印)と診断されました。
- 次の病気により、医師の指示のもと 年 月 日から 年 月 日まで (日間)の自宅療養をお願い申し上げます。

種類	○印	病名	出席停止期間の基準 ※ただし、医師が伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない
第1種		病名()	治癒するまで
第2種		新型コロナウイルス感染症	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
		インフルエンザ(型)	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	解熱した後、3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	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
		風しん	発しんが消失するまで
		水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
		結核	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
第3種		コレラ	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
		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	
	(下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの)		
		溶連菌感染症	抗生剤治療開始後24時間を経て全身状態が良くなるまで
		手足口病	発熱、口内疹などの急性期症状が消退して、全身状態の安定するまで
	伝染性紅斑	発疹のみで全身状態がよくなれば登校可能	
	その他の感染症()	症状が改善し、全身状態の良くなるまで	

(注)「その他の感染症」とは、ウイルス肝炎・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症・ヘルパンギーナ等をいいます。

※医師の署名等は必要ありません。診断を受けた医療機関名と保護者の方の署名・押印をお願いいたします。

令和 年 月 日

医療機関名

保護者署名

㊞