

感染症による出席停止および治癒証明(登校許可)書

次の疾病は、学校保健安全法第19条によって、他の生徒に感染するおそれがある間は、登校できません。

第1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、マーブルブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルスであるものに限る)及び鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る)
第2種	インフルエンザ*(鳥インフルエンザH5N1を除く)、百日咳、麻疹(はしか)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、風疹、水痘(みずぼうそう)、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第3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*

*疾病が治癒し、医師から登校許可がありましたら、医療機関にて「治癒証明(登校許可)書」に証明を受け、担任へ提出してください。この様式以外の治癒証明書でも内容が同等であれば結構です。

*インフルエンザの場合で医師の証明書(証明印)が得られない場合は「インフルエンザ治癒報告書」を保護者の方で記入の上、提出して下さい。なお、その際は、「インフルエンザ治癒報告書」の裏面にインフルエンザの罹患、および治療が確認できる書類(薬の処方箋など)を必ず添付願います。

*第3種の「その他の感染症」については医師が出席停止が必要と認める感染症となります。ノロウイルスによる感染性胃腸炎等も医師が認めれば対象となります。

*報告書等について、不明な点があれば担任か保健室までお問い合わせください。

「治癒証明(登校許可)書」、「インフルエンザ治癒報告書」はダウンロードしてご使用ください。

参考

感 染 症 名	出 席 停 止 期 間
インフルエンザ (鳥インフルエンザ(H5N1)及び 新型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。
風しん	発しんが消失するまで。
水痘(みずぼうそう)	すべての発しんが痂皮化するまで。
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おそれがないと認めるまで。

*周囲への感染拡大を防ぐために必ず医師の指示に従ってください。

担当医殿

愛知県立西春高等学校長

お手数をおかけしますが、感染拡大防止のため、下記の様式にご記入をお願いします。

学校感染症治癒証明(登校許可)書

1 生徒氏名 _____年 _____組 _____番 _____

2 病 名

3 出席停止期間

平成 _____年 _____月 _____日より平成 _____年 _____月 _____日まで

上記の疾病が治癒しましたので、登校を許可します。

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医 師 名 _____ 印

-----切-----り-----取-----り-----線-----

インフルエンザ治癒報告書

愛知県立西春高等学校長 殿

1 生徒氏名 _____年 _____組 _____番 _____

2 病 名
インフルエンザ _____型

3 治療を受けた医療機関名

4 出席停止期間

平成 _____年 _____月 _____日より平成 _____年 _____月 _____日まで

欠席させました。医師からの登校許可が下りましたので登校させます。

平成 _____年 _____月 _____日

保護者名 _____ 印

* 医師の証明(印)が得られない場合は裏面にインフルエンザの罹患及び治療が確認できる書類(薬の処方箋等)の添付をお願いします。