

# 感染症による出席停止について

下記の感染症に該当する場合は、学校保健安全法第19条に基づき、他の児童生徒に感染する恐れのある間は登校できません。なお、この期間は「出席しなくてよい期間」として取り扱います。

## <留意事項>

- 1 医療機関で感染症であると診断されましたら、その旨を学校にお知らせください。
- 2 医師の処置と指示に従い、治癒後、「感染症治癒報告書」を保護者の方が記入し担任にご提出ください。

## 感 染 症 治 癒 報 告 書

令和 年 月 日

学 校 長 様

\_\_\_\_年\_\_\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

保護者氏名\_\_\_\_\_

下記のとおり報告します。

| 該当に<br>○印                           | 病 名                     | 出 席 停 止 期 間 の 基 準<br>(ただし、No. 1～8は、病状により医師において感染の恐れがないと認めたときはこの限りではない) |                                    |                               |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | 1 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                                          |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 2 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                                       |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 3 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                                |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 4 麻疹（はしか）               | 解熱した後3日を経過するまで                                                         |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 5 流行性耳下腺炎<br>(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                            |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 6 風しん（三日ばしか）            | 発疹が消失するまで                                                              |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 7 水痘（水ぼうそう）             | すべての発疹が痂皮化するまで                                                         |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 8 咽頭結膜熱                 | 主要症状が消退した後2日を経過するまで                                                    |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 9 結核                    | 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                                      |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 10 髄膜炎菌性髄膜炎             |                                                                        |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 11 腸管出血性大腸菌感染症          |                                                                        |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 12 流行性角結膜炎              |                                                                        |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 13 急性出血性結膜炎             |                                                                        |                                    |                               |
| <input type="checkbox"/>            | 14 その他の感染症<br>(該当の病名に☑) |                                                                        |                                    |                               |
| <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"/> RSウイルス感染症 | <input type="checkbox"/> 手足口病 |
| <input type="checkbox"/> ウイルス性結膜炎   |                         | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎                                        | <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ   |                               |
| <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑      |                         | <input type="checkbox"/> 突発性発疹                                         | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹      |                               |
| <input type="checkbox"/> その他（       |                         | ）                                                                      |                                    |                               |

・ 受診した医療機関：\_\_\_\_\_

・ 医師から指示された期間：令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで  
(出席停止期間)