

保護者様

愛知県立一色高等学校長

感染症による出席停止について

学校保健安全法第19条に基づき、出席停止を指示します。医師とご相談の上、適切な処置をとってくださいますようお願いいたします。

登校する際には、医師の診断書又は以下の治癒報告書を医師にご記入いただき、学校へご提出ください。

<出席停止となる感染症の種類と出席停止期間>

	病名	出席停止期間の基準
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、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎（ポリオ）、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARSコロナウイルスに限る）、中東呼吸器症候群（MERSコロナウイルスに限る）、特定鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新型感染症	治癒するまで
第2種	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	発疹が消失するまで
	水痘	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
第3種	結核・髄膜炎菌性髄膜炎	症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
	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	症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

----- キリトリ -----

治癒報告書

愛知県立一色高等学校長殿

_____年 _____組 _____番 _____氏名 _____男・女_____

病名 _____

上記の感染症について、感染のおそれがないことを認めましたので、登校を許可します。

_____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医師名 _____印

学校記入欄

出席停止期間 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日まで

（早退も含む）