

年 月 日

年 組 名前 さん
保護者の方へ

昭島市立光華小学校
校 長 鵜川 雅行

学校感染症による出席停止のお知らせ

お子さんが、病名_____と診断されたと連絡を受けました。

学校保健安全法第 19 条に基づき出席停止（欠席扱いにはなりません）となります。医師から登校の許可を受けるまでご家庭にて十分休養をしてください。

登校の際には医師の許可が必要です。主治医の先生に下記証明書へ記入していただき登校時に学校へ提出してください。主な感染症の出席停止期間についてお知らせします。

	病 名	出 席 停 止 期 間
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
2	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
3	麻疹（はしか）	解熱した後 3 日を経過するまで
4	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
5	風しん（三日ばしか）	発しんが消失するまで
6	水痘（水ぼうそう）	すべての発しんが痂皮化するまで
7	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
8	結核、髄膜炎菌性髄膜炎、溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ、伝染性紅斑、マイコプラズマ感染症、感染性胃腸炎、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、腸管出血性大腸炎 その他の感染症	病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで

----- キ ----- リ ----- ト ----- リ ----- セ ----- ン -----

主治医殿

下記児童・生徒の学校感染症罹患の連絡がありました。学校保健安全法施行規則第 19 条により出席停止期間が定められています。学校での伝播を防ぐため、万全を期したいと思います。感染の恐れがなくなりましたら、下記にご記入いただき、保護者へお渡しいただきますようお願いいたします。

昭島市立光華小学校長殿

治癒証明（登校許可）書

第 学年 組 氏名

上記の者 疾病名_____に罹患加療中のところ、学校保健安全法施行規則の基準により、感染の恐れがないと認め、_____月_____日より登校して差し支えないと判断します。

年 月 日

医療機関名
医 師 名

㊟