

出席停止について

学校保健安全法第 19 条により、生徒が感染症にかかった場合、本人の療養と他の生徒への感染を防ぐため、出席停止（欠席扱いとしない）の措置をとることになっています。お子様が感染症と医師により診断された場合は、医師の指示に従って、ご家庭で療養させてください。

なお、医師から登校の許可がおりましたら、出席停止届出書に**保護者が記入**し、ホームルーム担任に提出してください。**医師の署名は不要**です。

＜ 学校において予防すべき感染症 ＞

	病 名	出 席 停 止 期 間
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、マールブルグ熱、ラッサ熱、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、急性灰白髄炎（ポリオ）、鳥インフルエンザ（H5N1）、中東呼吸器症候群	治癒するまで
第 2 種	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
	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（3 日ばしか）	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	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
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	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
	その他の感染症（溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、感染性胃腸炎など）	医師の指示による *条件によって出席停止が必要と考えられる感染症

*病状により学校医、またはその他の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。

*新型コロナウイルス感染症は、第 1 種とみなします。

「参考：学校において予防すべき感染症の解説より」

出席停止届出書

愛媛県立みなら特別支援学校長 様

_____年 _____組 氏名 _____

1 病名 該当するものに○を付けてください。

病名	出席停止期間
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
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 （おたくふくかぜ）	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（三日ばしか）	発しんが消失するまで
水痘（水ぼうそう）	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	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
流行性角結膜炎	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
急性出血性結膜炎	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
その他の感染症 （ _____ ）	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで ※その他の感染症は、学校で流行が起こった場合、校長が指示する。
新型コロナウイルス感染症	治癒するまで

※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、この限りではありません。

2 受診医療機関名 _____

3 受診日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

4 出席停止期間 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
※医師の指示により家庭療養した期間

医師から「登校してもよい」という指示・許可が出たので登校させます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____