

保護者様

四街道市立四街道西中学校長
(公印省略)

出席停止について

学校において予防すべき感染症は、学校保健安全法施行規則第19条により出席停止の期間が定められています。発症後は医療機関を受診し、医師の診断ならびに療養期間の指示を受けた上で、登校再開初日に体調に異常がないことを確認して十分に回復してから登校するようお願いします。また、登校にあたっては医師が記入した「登校許可証明書」を提出してください。なお、インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症については、保護者記入による別紙様式があり、医師による記入は必要ありません。

| 疾患名 | 出席停止期間の基準 ※以下の基準に基づき医師が判断する |
|---------------------|---------------------------------------------|
| 百日咳 | 特有な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 |
| 風疹(三日はしか) | 発しんが消失するまで |
| 水痘(水ぼうそう) | 全ての発しんが痂皮化するまで |
| 咽頭結膜熱(プール熱) | 主要症状の消退後、2日を経過するまで |
| 結核 | 症状より感染させる恐れがないと判断されるまで |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | 病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで |
| 腸管出血性大腸菌感染症 | 病状が改善し、医師より感染の恐れがないと認められるまで |
| 流行性角結膜炎(はやり目) | 眼症状改善し、医師より感染の恐れがないと認められるまで |
| 急性出血性結膜炎(アボロ病) | |
| 溶連菌感染症 | 適切な抗生剤治療後24時間を経て解熱し全身状態が良好となるまで |
| A型ウイルス性肝炎 | 主要症状が消失し、肝機能が正常化するまで |
| 手足口病 | 解熱し、全身症状が安定するまで |
| ヘルパンギーナ | |
| 伝染性紅斑(りんご病) | 全身症状が安定するまで |
| マイコプラズマ感染症 | 感染力が強い急性期が終わった後、症状が改善し全身状態が安定するまで |
| 感染性胃腸炎(ノロ・ロタ等) | 下痢・嘔吐から回復し、全身状態が安定するまで |
| その他の感染症 | 病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで |

登校許可証明書

四街道市立四街道西中学校 年 組

生徒名 _____

| 該当に○ | 疾患名 | 出席停止期間の基準 ※以下の基準に基づき医師が判断する |
|------|-----------------|---------------------------------------------|
| | 百日咳 | 特有な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 |
| | 風疹（三日はしか） | 発しんが消失するまで |
| | 水痘（水ぼうそう） | 全ての発しんが痂皮化するまで |
| | 咽頭結膜熱（プール熱） | 主要症状の消退後、2日を経過するまで |
| | 結核 | 症状より感染させる恐れがないと判断されるまで |
| | 髄膜炎菌性髄膜炎 | 病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 | 病状が改善し、医師より感染の恐れがないと認められるまで |
| | 流行性角結膜炎（はやり目） | 眼症状改善し、医師より感染の恐れがないと認められるまで |
| | 急性出血性結膜炎（アボロ病） | |
| | 溶連菌感染症 | 適切な抗生剤治療後24時間を経て解熱し全身状態が良好となるまで |
| | A型ウイルス性肝炎 | 主要症状が消失し、肝機能が正常化するまで |
| | 手足口病 | 解熱し、全身症状が安定するまで |
| | ヘルパンギーナ | |
| | 伝染性紅斑（りんご病） | 全身症状が安定するまで |
| | マイコプラズマ感染症 | 感染力が強い急性期が終わった後、症状が改善し全身状態が安定するまで |
| | 感染性胃腸炎（ノロ・ロタ等） | 下痢・嘔吐から回復し、全身状態が安定するまで |
| | その他の感染症（ ） | 病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで |

上記の感染症で療養中のところ、現在軽快し、他への感染の恐れはないと認められましたので、 月 日より登校して差し支えありません。

| | |
|--------------|---------------|
| 発症日 | 年 月 日 |
| 療養期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 学校生活における注意事項 | |

医師記入日 年 月 日

医療機関名

医 師 名