

保護者の方へ

年 組 名前

廿日市市立地御前小学校

登校の時期についてのお願い

お子様は、現在欠席しておられますが、この病気は学校感染症であることから他の児童への感染拡大防止を目的に出席停止期間が定められています。

その期間の基準は次のとおりであることから、再登校する場合は必要な書類を提出してください。
なお、感染症の報告については、各医療機関が個別に作成・配布しているものでもかまいません。

| 病名 | 出席停止の期間 | 提出書類 |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| インフルエンザ | 発症後5日経過し、かつ解熱後2日経過するまで | <様式1> 感染症に関する報告書 (保護者記入) |
| 新型コロナウイルス感染症 | 発症後5日経過し、かつ症状軽快後1日経過するまで | |
| 溶連菌感染症 | 抗生剤投与が始まり、24~48時間を経過し、解熱するまで | |
| アデノウイルス感染症 (流行性角結膜炎及び咽頭結膜熱を除く) | 発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消えた後2日を経過するまで | |
| 麻疹(はしか) | 解熱後3日を経過するまで | <様式2> 登校許可証 (医療機関記入) |
| 水痘(水ぼうそう) | すべての発疹が痂皮化するまで | |
| 百日咳 | 特有の咳が消える、または5日間の抗菌性物質製剤による治療終了まで | |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 腫れが出た後5日経過し、かつ全身状態が良好になるまで | |
| 風疹(三日はしか) | 発疹が消失するまで | |
| 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 | |
| 流行性角結膜炎 | 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 | |
| 結核 | | |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | | |
| その他の感染症 () | | |

裏面
様式
1

裏面
様式
2

様式1 (保護者)

| 感染症に関する報告書 | | |
|-----------------|---------------------------|--|
| 地御前小学校 年 組 児童氏名 | | |
| 保護者氏名 | | |
| 1 | 発症日 | 月 日 曜日 (発熱等の初日) |
| 2 | 診断日 | 月 日 曜日 |
| 3 | 感染症名 ※チェック☑を してください | <input type="checkbox"/> インフルエンザ → 型に○をしてください (A ・ B) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (流行性角結膜炎及び咽頭結膜熱を除く) |
| 4 | 受診した医療機関名 | |
| 5 | 再登校日 | 医師の指示により、 月 日 () から 登校します |
| 6 | その他、医師の指示 (指示がある場合のみ) | |

キリトリ

様式2 (医療機関)

| |
|--|
| 主治医 様 お手数をおかけいたしますが、記入をよろしく申し上げます。 |
| 登 校 許 可 証 |
| 地御前小学校 年 組 児童氏名 |
| 上記の児童の _____ は 軽快しており、通学は 差し支えないことを証明します。 |
| 令和 年 月 日 |
| 医療機関名 医師氏名 |