

保護者の皆様

廿日市市立宮内小学校
校長 櫻下 良明

感染症による「出席停止」後の対応について(お知らせ)

このことについて、これまでインフルエンザ等に感染し出席停止となり再登校する際には、登校許可証(治癒証明書)の提出をお願いしておりましたが、許可証を発行してもらうために再度受診するなど保護者の皆様にはご負担をおかけしていました。

この度、佐伯地区小児科医会の見解に基づき、これまで再登校の際に必用だった、インフルエンザ・溶連菌感染症・アデノウイルス感染症の一部については、医療機関の治癒証明書(登校許可証)の提出が不要になりました。

については、別紙「登校の時期についてのお願い」を改正しましたので、よく読まれ適切に対応してください。

〈ポイント〉

- 「インフルエンザ・溶連菌感染症・アデノウイルス感染症の一部」にかかった場合

罹患した際の出席停止期間を学校において正確に把握するため、再登校時に、様式1「感染症に関する報告書」を保護者が記入し、担任に提出してください。

- 「水痘(みずぼうそう)や流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)」などにかかった場合

従来通り、医療機関が作成する書類が必要です。そのため、再登校前に様式2「登校許可証」を医療機関で記入してもらい、再登校時に担任に提出してください。

インフルエンザ!?

登校再開はいつになる?

原則

発症後、5日を経過し、かつ
解熱後2日を経過するまで出席停止です。

発熱

解熱

解熱後

登校可能

※1	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目

※1 発症日翌日を1日目と数えます。

※2 発症から5日を経過しても、解熱してから2日を経過しなければ登校はできません。

担当 養護教諭

電話 0829(39)2231

保護者の方へ

年 組 名前

廿日市市立宮内小学校長

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、この病気は学校において予防すべき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	出席停止の基準	必要な提出書類
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)
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 (かさぶたになる) 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 (三日ばしか)	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 ()		

様式1(保護者)

<h2 style="margin: 0;">感染症に関する報告書</h2>		
年 組 児童名 _____		
保護者名 _____		印 _____
1	発 症 日	月 日 (発熱等の症状が出た日)
2	診 断 日	月 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型 B型 その他() <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> アデノウィルス感染症 ()
4	受診先医療機関名	_____
5	再登校日	医師の指示により令和 年 月 日から登校させます
6	医師の指示 (特にあれば)	_____

*インフルエンザ, 溶連菌感染症, アデノウィルス感染症(流行性角結膜炎及び咽頭結膜熱を除く)の場合

*万一,「出席停止」期間前に登校する事情がある場合は,「登校許可証」の提出が必要です。

様式2(医療機関)

主治医様 お手数をおかけいたしますが, 記入をよろしくお願ひします。

登 校 許 可 証

年 組 名前 _____

上記の児童・生徒の _____ は軽快しており,
 学校への通学は差し支えないことを証明します。

令和 年 月 日

医師 _____ 印