

保護者の方へ

年 組 名前

廿日市市立大野西小学校

## 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防止を目的に出席停止期間が定められています。出席停止の期間は、次の表のとおりです。再登校する場合は必要な書類を提出してください。なお、登校許可証は各医療機関が個別に作成されたものを提出していただいても大丈夫です。

| 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<br>解熱後２日経過するまで                | ＜様式１＞<br><b>感染症に関する<br/>報告書</b><br><br>(保護者記入) |
| 溶連菌感染症                                | 抗生剤投与が始まり、24～48 時間<br>を経過し、 解熱するまで        |                                                |
| アデノウイルス感染症<br>(流行性角結膜炎及び<br>咽頭結膜熱を除く) | 発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状<br>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＞<br><b>登校許可証</b><br><br>(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<br>抗菌性物質製剤による治療終了まで      |                                                |
| 流行性耳下腺炎<br>(おたふくかぜ)                   | 腫れが出た後５日経過し、<br>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、<br>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<br>において感染のおそれがないと<br>認めるまで |                                                |
| 結核                                    |                                           |                                                |
| 髄膜炎菌性髄膜炎                              |                                           |                                                |
| その他の感染症<br>( )                        |                                           |                                                |

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      |                           |                                                                                                                                                     |
| 大野西小学校 年 組 児童氏名 |                           |                                                                                                                                                     |
| 保護者氏名           |                           | 印                                                                                                                                                   |
| 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<br>※チェック☑を<br>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 ）<br><input type="checkbox"/> 溶連菌感染症<br><input type="checkbox"/> 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） |
| 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<br>（指示がある場合のみ）  |                                                                                                                                                     |

..... キリトリ .....

様式2（医療機関）

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| 主治医 様<br>お手数をおかけいたしますが、記入をよろしくお願いいたします。      |  |
| 登 校 許 可 証                                    |  |
| 大野西小学校<br>年 組 児童氏名                           |  |
| 上記の児童の _____ は 軽快しており、通学は<br>差し支えないことを証明します。 |  |
| 令和 年 月 日                                     |  |
| 医療機関名<br>医 師 氏 名 印                           |  |