

保護者様

学校感染症治癒届についてのお願い

この度、お子さんが下表の学校感染症に罹患したという連絡を受けました。これらの感染症は学校保健安全法の規定により出席停止となりますので、出席停止の間は御家庭でゆっくり静養してください。なお、主治医の先生から登校の許可が出ましたら、下の《学校感染症治癒届》に保護者の方が記入をして、切り取らずに登校時に担任まで御提出ください。また、この《学校感染症治癒届》は下の5つの感染症に限り、病院で書いてもらう必要はありません。御不明な点等ございましたら、学校までお問い合わせください。

▼出席停止基準

病名	出席停止基準	
インフルエンザ	発症した後 5 日を経過し、かつ、 <u>解熱した後 2 日を経過するまで</u>	※ 出席停止の目安・・・発熱初日は 0 日目なので 次の日が 1 日目になります。 その計算方法で <u>5 日を経過</u> だと、発熱から 7 日目より登校できます。
新型コロナウイルス感染症	発症した後 5 日を経過し、かつ、 <u>解熱した後 1 日を経過するまで</u>	
手足口病	※ 全身状態が安定したら登校可能	
伝染性紅斑		
ヘルパンギーナ		

▼医師から登校する許可が出ましたら、保護者の方がご記入ください。

学校感染症治癒届											
氏名	年 組 氏名										
病名	<div>※ 当てはまる病名に○をつけてください</div> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>インフルエンザ () 型</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>新型コロナウイルス感染症</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>手足口病</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>伝染性紅斑</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ヘルパンギーナ</td></tr></table> <div>■ 型は、診断された場合ご記入ください</div> <div>※ 日付をご記入ください</div> <div>【発熱(または症状出現)初日】 令和 年 月 日 ()</div> <div>【出席停止期間】 令和 年 月 日 () ～ 月 日 ()</div>	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ () 型	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	手足口病	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ () 型										
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症										
<input type="checkbox"/>	手足口病										
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑										
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ										
病院	診察を受けた医療機関名										
保護者氏名											

▼その他の学校感染症(下記)は、「登校許可証(医師による証明書)」が必要です。

1. 百日咳	2. 麻疹	3. 流行性耳下腺炎	4. 風疹	5. 水痘
6. 咽頭結膜熱	7. 腸管出血性 大腸菌感染症	8. 流行性角結膜炎	9. 急性出血性 結膜炎	10. 溶連菌感染症
11. A 型肝炎	12. マイコプラズマ 感染症	13. 感染性胃腸炎	14. 髄膜炎菌性 髄膜炎	

※ 登校許可証は医療機関で発行してもらえますが、医療機関によってはない場合があります。その場合は学校からお渡しいたしますので、お申し出ください。