

# 出席停止について

インフルエンザ以外の感染症用

下記の感染症にかかった場合は、学校保健安全法に基づき「出席停止」となります。主治医から登校の許可が得られるまで学校を休んで回復に努めてください。学校への登校を再開するときは、下記の学校感染症に係る出席停止報告書を主治医にご記入、押印していただき、担任へ提出してください。「出席停止」となった期間は「登校すべき日数」には入りません。(欠席に扱いにはしません。)ただし、学校感染症に係る出席停止報告書(または診断書・治療報告書)が提出されない場合は「欠席」の扱いとなりますのでご注意ください。

.....

## 学校感染症に係る出席停止報告書

山形県立小国高等学校長 殿

年 組 番 氏名

### 《主治医記入欄》

【感染症名】(該当する感染症名の□に印をつけてください)

種類	病名	出席停止の期間の基準 (ただし、医師が感染の恐れがないと認めた時はこの限りではない)
第1種	<input type="checkbox"/> 病名 ( )	治癒するまで
第2種	<input type="checkbox"/> 別様式・・・保護者による記入・報告 インフルエンザ( )型 H5N1および新型を除く	発症した後5日経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 百日咳	特定の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
	<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	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
	<input type="checkbox"/> 風疹	発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消失した後2日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで
第3種	<input type="checkbox"/> コレラ	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで (症状がなくなったときにこの報告書を主治医に記入してもらってください。 診断書でも対応可です。)
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 腸チフス	
	<input type="checkbox"/> パラチフス	
	<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	
	<input type="checkbox"/> 急性出血性角結膜炎	
	<input type="checkbox"/> その他の感染症・該当するものに○ 手足口病、感染性胃腸炎(ノロウイルス)、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、EBウイルス感染症(伝染性単核球症)、単純ヘルペス感染症、帯状疱疹、その他 ( )	

上記と診断しましたが、定められた期間自宅療養のうえ、登校を再開してもよいと指示します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

《小国高等学校 記入欄》

裏面（裏面印刷できない場合はホチキスで留めてください。）

回	校長	教頭	教務	保健主事	養護教諭	担任
覧					戻り	

年 組 番 氏名

出席停止期間

令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

※担任が記入してください。また、出席簿への記入をお願いします。

出席停止期間の開始日は、学校を休んだ初日、もしくは早退した日の日付です。

定められた出席停止期間を超えての欠席は欠席扱いとなるため注意してください。