

出席停止のお知らせ

お子さんは、学校感染症（下記○印）にかかっているため、学校保健安全法第19条の規定により出席停止となります。感染拡大を防ぐためにも、出席停止期間の基準を守り療養して下さい。登校の際は、下記の出席停止解除願いを保護者が記入し、提出をお願いします。

病名	出席停止期間の基準
麻疹（はしか）	熱が下がってから、3日を経過するまで休む
風疹（三日はしか）	発疹がすっかり消えるまで休む
水痘（水ぼうそう）	すべての水疱がかさぶたになるまで休む
咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状（発熱、咽頭炎、結膜炎）が消退後2日経過するまで休む
流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫れが始まった後5日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで休む
百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌薬療法が終了するまで休む
流行性角結膜炎	医師が感染の恐れがないと認めるまで休む
その他（ ）	

出席停止解除願い

年 組 氏名: _____

診断名 ()

受診した医療機関 ()

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

上記疾患については、治癒しており、他に感染の恐れがなく登校しても差し支えないことを医師に確認しましたので報告します。

令和 年 月 日

保護者名: _____ 印