

## 出席停止について

学校で予防すべき疾患にかかり欠席した場合は、出席停止の扱いになります。  
受診の際は可能な範囲で医師による連絡票の記入をお願いします。保護者が記入する場合は連絡票の所定事項に加え、保護者の署名および押印をお願いします。連絡票は登校時に担任まで提出してください。

## \* 学校で予防すべき疾患等 \*

	伝染病の種類	出席停止の期間の基準 等
第一種	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス 属SARSコロナウイルスであるものに限る) 痘そう ペスト 南米出血熱 マールブルグ病 ラッサ熱 ジフテリア 急性灰白髄炎 鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルス A属インフルエンザAウイルスであってその血清型が H5N1であるものに限る)	治癒するまで
第二種	インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)及び新型イン フルエンザ等感染症を除く) 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 及び結核	@解熱後2日を経過するまで (*症状により、主治医に療養期間を指示された場合はその期間) @特有の咳が消失するまで @解熱した後3日を経過するまで @耳下腺の腫脹が消失するまで @発疹が消失するまで @すべての発疹が痂皮化するまで @主要症状が消退した後2日を経過するまで @病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
第三種	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症	病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

## 連絡票

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 初診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃まで療養予定 )  
平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

@上記疾患のため記載した医療機関に受診し、所定期間について療養しましたのでお知らせします  
(領収書・処方説明書等のコピーを連絡票に替える場合は、裏に添付してください)

\*療養期間 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで  
保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印