

令和 年 月 日

感染症による出席停止のお知らせ

年 組 番 生徒氏名

保護者様

お子様は下記の疾病(○印)に罹患、またはその疑いがあります。つきましては、学校保健安全法第19条の規定により医師の許可があるまで登校を控えて下さい。なお、病気が治りましたら下記の許可証明書に医師に記入していただき、登校を再開した際にクラス担任へ提出して下さい。

静岡大成中学校・高等学校 校長

記

病名又は疑い	学校を休ませたい期間の基準
1. 百日咳	咳が消失し、5日間の抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
2. 麻疹(はしか)	解熱した後、3日経過するまで
3. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹発現後5日を経過し良好になるまで
4. 風疹	発疹が消失するまで
5. 水痘(水疱瘡)	すべての発疹が痂皮化するまで
6. 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
7. 結核	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
8. 髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
9. コレラ	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
10. 細菌性赤痢	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
11. 腸管出血性大腸炎感染症	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
12. 腸チフス	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
13. パラチフス	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
14. 流行性角結膜炎	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
15. 急性出血性結膜炎	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
16. その他()	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで

登校許可証明書

学校長様

生徒名	S・H 年 月 日生
出席停止の理由(病名)	
出席を停止した期間	令和 年 月 日から 月 日まで

上記生徒の病気は感染するおそれなくなりましたので、登校しても差し支えないものと認めます。

令和 年 月 日

医師名 印