令和　　年　　月　　日

　　　年　　組　　番

　　　　　　　　　　　　　保護者　殿

　　　 福岡県立三池高等学校長

感染症による出席停止のお知らせ

疑われる疾病名〔　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）〕

　お子さまがかかっていると疑われる上記の疾病は、下記のように学校保健安全法により「学校において予防すべき感染症」として指定されています。そのため、他の生徒に感染するおそれがある期間は、出席停止となり登校できません。

　必ず医師の診断を受け、医師から下記の受診証明書に記入をしてもらい、感染のおそれがなくなってから登校させてください。なお、出席停止の期間は、欠席扱いにはなりません。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **感　染　症　名** | 出　席　停　止　期　間　の　基　準 |
| インフルエンザ（鳥ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ＜H5N1＞を除く） | 発症した後５日を経過し、かつ解熱後２日を経過するまで |
| 百日咳 | 特有の咳が消える、または５日間の適正な抗菌性物質製剤による治療終了まで |
| 麻疹（はしか） | 解熱後３日を経過するまで |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 腫れが出た後５日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで |
| 風疹（３日はしか） | 発疹が消失するまで |
| 水痘（水ぼうそう） | すべての発疹が痂皮化するまで |
| 咽頭結膜熱（プール熱） | 主要症状消退後２日を経過するまで |
| 結核、髄膜炎菌性髄膜炎 | 症状により医師によって感染のおそれがないと認められるまで |
| 腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症 | 症状により医師によって伝染のおそれがないと認められるまで |

（参照：学校保健法施行規則　第１９条）

〈医療機関による記入欄〉

受　診　証　明　書

受診者氏名

感染症名　　〔　　　　　　　　　　　　 　　〕

初診月日　　令和　　年　　月　　日

上記の生徒が罹った疾病は、

令和（ ）年（ ）月（ ）日より令和（ ）年（ ）月（ ）日

までの（ ）日間　出席停止の必要があることを証明します。

令和　　年 　月　 日

医師名　　　　　　　　　　　印