

保護者様

足利市立第一中学校長 関根 景子

## 学校感染症による出席停止について

学校感染症は、学校において予防すべき感染症として、学校保健安全法に定められた感染症のことをいいます。児童生徒が感染症にかかった場合、本人の休養と他への伝染・流行を防ぐため、出席停止（欠席日数に含まれません）の処置をとることになっております。万一、お子さんが感染症と診断された場合は、医師の登校許可が出るまでは出席停止となります。以下の出席停止期間を参考に、ご家庭でゆっくり療養させてください。

これまでは、登校の際に医師の「治癒証明書」が必要でしたが、今年度からは、医師から登校許可が出ましたら、保護者の方が「登校届」に記入し、学校へ提出してください。宜しく申し上げます。

### 主な感染症における登校基準

学校保健安全法施行規則より

| 病名                  | 登校基準<br>(目安です。個人差もあるので必ず医師の指示に従ってください。)      |
|---------------------|--|
| 麻疹<br>(はしか)         | 解熱した後3日を経過するまで                               |
| 流行性耳下腺炎<br>(おたふくかぜ) | 耳下腺、顎下腺また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 |
| 風疹<br>(3日はしか)       | 発疹が消失するまで                                    |
| 水痘<br>(水ぼうそう)       | すべての発疹が痂皮化(かさぶた)するまで                         |
| インフルエンザ             | 発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで                     |
| 咽頭結膜熱<br>(プール熱)     | 主要症状が消退した後2日を経過するまで                          |
| 溶連菌感染症              | 適切な抗生剤治療後24時間を経て、解熱し、全身状態良好になるまで             |
| 感染性胃腸炎              | 下痢・嘔吐症状が消退した後、全身状態がよい者                       |
| マイコプラズマ<br>感染症      | 感染力の強い急性期が終わった後、全身状態がよい者                     |
| 手足口病                | 全身状態が安定した者                                   |
| ヘルパンギーナ             | 全身状態が安定した者                                   |
| 伝染性紅斑<br>(リンゴ病)     | 発疹のみで全身状態のよい者                                |

# 登校届

足利市立第一中学校長 様

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

ｲﾝﾌﾙｲﾝザ<sup>®</sup>の場合、○型と  
ご記入ください。  
(例) ｲﾝﾌﾙｲﾝザ A型

|               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| 病 名           |                                    |
| 診断を受けた病院      |                                    |
| 出席停止期間 (休んだ日) | 平成 ____年 ____月 ____日 ~ ____月 ____日 |

医師の許可が出ましたので登校します。

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

# 登校届

足利市立第一中学校長 様

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

ｲﾝﾌﾙｲﾝザ<sup>®</sup>の場合、○型と  
ご記入ください。  
(例) ｲﾝﾌﾙｲﾝザ A型

|               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| 病 名           |                                    |
| 診断を受けた病院      |                                    |
| 出席停止期間 (休んだ日) | 平成 ____年 ____月 ____日 ~ ____月 ____日 |

医師の許可が出ましたので登校します。

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)