

令和6年4月10日

保護者様

海田町立海田西中学校
校長 松本 孝司

学校感染症等による出席停止について

春和の候、保護者の皆様にはますます御清祥のこととお慶び申し上げます。また、平素より本校の教育活動に対しまして、御理解、御協力をいただき心より感謝申し上げます。

さて、医療機関において、学校感染症（表1参照）にかかっている、または感染の疑いがあると診断された場合には、本人が十分に休養することや、感染の拡大を防止するため、通常の欠席ではなく出席停止の扱いとされます（学校保健安全法第19条）。

医師より学校感染症であると診断された場合には、御家庭で十分に療養してください。体調が十分に回復し、再登校する際には、次のようお願いします。

(1) 「インフルエンザ」であると診断された場合

「インフルエンザに係る欠席報告書」(様式1)を必ず保護者の方が記入・捺印し、学校に提出してください。

(2) 「インフルエンザ」「新型コロナウイルス感染症」以外の学校感染症であると診断された場合

医師から登校の許可が出た際には、「学校感染症等治療通知書」(様式2)を医師に記入してもらい、学校に提出してください。用紙は病院で用意してあるものでも構いません。

(3) 「新型コロナウイルス感染症」と診断された場合

登校にあたって陰性証明書や治療の証明書を提出する必要はありません。

※様式1・2は海田西中学校ホームページから印刷することができます。

発熱や咽頭痛、咳などの普段と異なる症状がある場合には無理をせずに、自宅で休養してください。

御不明な点がございましたら、海田西中学校(082-823-8551)まで御連絡ください。

< 表1 主な学校感染症 >

	病名	出席停止期間
第 二 種	インフルエンザ ※	発症した後（発熱の翌日を1日目として）5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
	百日咳 ※	特有の咳が消失するまで、または、5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	麻疹（はしか） ※	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎（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
	風しん（三日ばしか） ※	発しんが消失するまで
	水痘（水ぼうそう） ※	すべての発しんが痂皮化する（かさぶたになる）まで
	咽頭結膜熱（プール熱） ※	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した（解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にある）後1日を経過するまで
	結核	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
	髄膜炎菌性髄膜炎	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

※ 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たときは、この限りでない。

第 三 種	コレラ	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
	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 例 ・流行性嘔吐下痢症（感染性胃腸炎、〇〇ウイルス感染症） ・溶連菌感染症 ・ウイルス性肝炎 ・手足口病 ・伝染性紅斑（リンゴ病） ・マイコプラズマ感染症 ・ヘルパンギーナ	<p>学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第三種の「その他の感染症」として緊急的に措置をとることができるもの。</p> <p>「出席停止」の扱いとなった場合には「学校感染症等治癒通知書」の提出をお願いします。</p>	

【様式1】インフルエンザに係る欠席報告書

報告日 令和 年 月 日

インフルエンザに係る欠席報告書

海田町立海田西中学校長 様

年 組 番 児童生徒名

保護者名

インフルエンザに罹患し、次の期間の療養を医師に指示されましたので報告します。

受診した医療機関名	
医療機関受診日	年 月 日 ()
病名	インフルエンザ (A型 B型) *どちらかに○をつけてください。
医師に指示された 自宅療養期間	年 月 日 () から 年 月 日 () まで
解熱した日	年 月 日 ()
その他連絡事項など	

*この様式は医師の診断に基づき保護者の方に記入いただくものです。
(医療機関に作成していただくものではありません)

【様式2】学校感染症等治癒通知書

学校感染症等治癒通知書

海田町立海田西中学校長

年 組

次の病気で加療していましたが、感染のおそれもなく、集団生活ができる状態となりました。

病 名

出席停止期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名