

保護者様

出席停止の取り扱いについて

台東区立東泉小学校長

下記の感染症にかかった場合には、児童自身の安静を確保し、他の児童への感染を防ぐことを目的として、学校保健安全法に基づいて出席停止の措置をとります。

定める通りの期間、十分に休養させてください。医師から登校の許可が出たら「出席停止解除願い」に保護者が記入して、登校初日に担任へご提出ください。

| 記               |                                                               |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|
| 感染症名            | 出席停止期間                                                        |
| 麻疹(はしか)         | 解熱した後3日を経過するまで                                                |
| 風疹(三日ばしか)       | 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(かさぶた)化するまで                                          |
| 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) | 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                  |
| 百日咳             | 特有の咳が消失するまで又は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                       |
| インフルエンザ         | 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                                    |
| 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、症状が軽快した後1日を経過するまで ※無症状の場合は、検体を採取した日から5日を経過するまで |
| 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                                           |
| 手足口病            | 症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                             |
| 急性出血性結膜炎        |                                                               |
| 流行性角結膜炎(はやり目)   |                                                               |
| 感染性胃腸炎          |                                                               |
| 溶連菌感染症          |                                                               |
| その他の感染症         |                                                               |

以上

出席停止解除願い

台東区立東泉小学校長 宛

下記の医療機関で学校感染症と診断されました。登校許可が出ましたので出席停止の解除をお願いいたします。

|                                     |                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| 児童氏名                                | 年 組 氏名                                       |
| 病 名                                 |                                              |
| 出席停止の期間                             | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで                        |
| ※インフルエンザ<br>新型コロナウイルス感染症<br>の場合のみ記入 | 発症・発熱した日.....( 月 日)<br>解熱・症状が軽快した日....( 月 日) |
| 受診医療機関名<br>医師名                      |                                              |

令和 年 月 日 保護者氏名