

## 感染症による出席停止と登校届について

児童が「学校保健安全法施行規則」に規定されている「学校において予防すべき感染症（表参照）」に罹患（または疑い）の場合は、出席停止となり登校できません。出席停止の措置は、「十分に休養し早く病気を治すため」「感染拡大を予防するため」のものであります。学校を休んでも欠席にはなりませんので、療養に専念をしてください。

＜感染症の診断をうけた場合＞

- ・ 医師に出席停止期間を確認し、医師から指示された所定の期間を休養してください。
- ・ 担任または保健室に連絡をしてください。（保健室 TEL：0422-37-3844）
- ・ コンパスの欠席申請「コメント欄」に、欠席理由「〇〇のため、●日まで欠席予定」などを入力してください。
- ・ 保護者記載の「登校届」を記入し、登校時に児童本人が保健室へ提出をしてください。
- ・ 書類の提出がなされない場合、下校となることがあります。また、欠席扱いとなります。

### 【学校において予防すべき感染症】

		病 名	出 席 停 止 期 間
第一種	感染症予防法の一類及び二類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ベスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎(ポリオ)、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(SARS)、中東呼吸器症候群(MERS)、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症	治癒するまで
第二種	空気感染または、飛沫感染する感染症で児童生徒の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性の高いもの	インフルエンザ(鳥インフルエンザH5N1型を除く)	発症後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(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルスであるものに限る)	発症後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
		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、顎下腺又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)	発疹がすべて消失するまで
		水痘(水ぼうそう)	すべての発疹の痂皮化(かさぶた)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
		結核	症状により感染のおそれがないと認めるまで
第三種	学校教育活動を通じ学校において流行を広げる可能性のあるもの	コレラ、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	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
		(その他の感染症について) 溶連菌感染症、ウィルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑(りんご病)、ヘルパンギーナ、感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症)、マイコプラズマ感染症など	その他の感染症は、飛沫感染が主体ではないが、放置すれば流行拡大の可能性があるため、必要があれば校長が学校医の意見を聞き、第三種感染症としての措置をとることができる疾患。

- ※ 通常、出席停止措置が必要ない感染症は、アタマジラミ、水いぼ、伝染性膿痂疹(とびひ)です。診断された場合は保健室へ報告してください。
- ※ インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症の登校目安は、次頁の表を参考にしてください。



## 成蹊小学校 登校届（出席停止措置願）

□ 年 組 番 児童氏名 \_\_\_\_\_

□ 医師から指示を得た出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

□ 該当する病名 : 診断を受けた病名に○印をつけてください。

第2種	出席停止の期間の基準 等
新型コロナウイルス	発症後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
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
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
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	耳下腺、顎下腺又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	発しんが消失するまで
水痘（みずぼうそう）	すべての発しんが痂皮（かさぶた）化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
結核・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

第3種	出席停止期間の基準 等		
	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		
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	
溶連菌感染症	マイコプラズマ感染症	ウイルス性肝炎	
ヘルパンギーナ	手足口病	伝染性紅斑（りんご病）	
感染性胃腸炎	その他【 _____ 】		

□ 出席停止期間中の健康状態をご記入ください

健康記録	0日目 発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/	/
（曜日）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
最高体温	度	度	度	度	度	度	度	度
症状 ※発熱・咽頭痛・咳など								

□ 医療機関の情報をご記入ください

診断を受けた日（受診日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

受診をした医療機関名 \_\_\_\_\_

受診をした医療機関の電話番号：TEL \_\_\_\_\_

※出席停止期間について医療機関に問い合わせする場合もございますこと、ご了承ください。

□ 保護者署名

上記の者は、医療機関を受診し上記の診断を受けました。医師から指示を得た出席停止期間を経過し、登校するに十分な健康状態となりましたので、保護者として責任をもって報告いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 保護者署名 \_\_\_\_\_ 印