

学校感染症による出席停止および治癒証明書について

学校感染症にかかった場合は、学校保健安全法第19条によって、本人の健康回復と他の感染防止のために出席停止となりますので、医師の指示に従い休養してください。この期間については、通常の欠席からは除外されます。登校の際は、以下の点にご注意いただき、書類を担任にご提出ください。

①感染が確認された時点で、必ず学校にご連絡ください。(0564-22-0274)

②感染症にかかったことを証明できる書類の提出

疾病が治癒し、医師から登校許可がありましたら、医療機関にて「治癒証明書」(右の用紙を切り取り、またはコピーして利用してください。)に証明を受け、担任へ提出してください。この様式以外の治癒証明書でも内容が同等であれば結構です。

インフルエンザの場合で医師の証明書(証明印)が得られない場合は、「インフルエンザ治癒報告書」(右の用紙を切り取り、またはコピーして利用してください。)を保護者の方で記入の上、提出して下さい。なお、その際は、裏面にインフルエンザの罹患、および治療が確認できる書類(薬処方箋や調剤説明書のコピー等で患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの)を必ず添付願います。

③提出時期

治癒後、最初の登校時が原則ですが、困難な場合は後日提出していただいても結構です。

【参考：学校感染症】

第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、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(病原体がコロナウイルスであるものに限る)及び鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1であるものに限る)
第2種	インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)、百日咳、麻疹(はしか)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、風疹、水痘(みずぼうそう)、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	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、その他の感染症(溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑(りんご病)、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症など)

*第3種の「その他の感染症」については医師が、出席停止が必要と認める感染症となります。
ノロウイルスによる感染性胃腸炎等も医師が認めれば対象となります。

【参考：感染症の種類と出席停止期間の基準】

感染症の種類		出席停止期間の基準
第1種感染症		治癒するまで。
第2種感染症	インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)及び新型インフルエンザを除く。)	発症した後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(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。
	風疹	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化するまで。
	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、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種感染症		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。

*感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項から第9項までに規定する「新型インフルエンザ等感染症」、「指定感染症」及び「新感染症」は第1種の感染症とみなします。

*周囲への感染拡大を防ぐために必ず医師の指示に従ってください。

担当医殿

岡崎学園高等学校長

お手数をおかけしますが、感染拡大防止のため、下記の様式にご記入をお願いします。

学校感染症治癒証明書（出席停止扱い願）

1 生徒氏名 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____

2 病 名 _____

3 出席停止期間
平成_____年_____月_____日より 平成_____年_____月_____日まで

上記の疾病が治癒しましたので、登校を許可します。

平成_____年_____月_____日

医療機関名

医 師 名 _____ 印

----- キ リ ト リ 線 -----

インフルエンザ治癒報告書（出席停止扱い願）

岡崎学園高等学校長 殿

1 生徒氏名 _____ 年 _____ 組 _____ 番 _____

2 病 名 _____
インフルエンザ _____ 型

3 治療を受けた医療機関名 _____

4 出席停止期間
平成_____年_____月_____日より 平成_____年_____月_____日まで
欠席させました。医師からの登校許可が下りましたので登校させます。

平成_____年_____月_____日

保護者名 _____ 印

* 医師の証明(印)が得られない場合は裏面にインフルエンザの罹患及び治療が確認できる書類(薬処方箋や調剤説明書のコピー等で患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもの)の添付をお願いします。