

年 月 日

横浜市立瀬谷さくら小学校  
学 校 長

### 学校感染症の出席停止の指示について

このたび、お子様が学校感染症(下表○印)にかかられたとの連絡を受けましたので、学校保健安全法の規定により、出席停止を指示いたします。医師から登校許可がございましたら、下記の証明書に、すべて保護者の方でご記入、押印の上、担任へ提出してください。

#### 学校感染症の種類と出席停止期間

	病 名	出席停止期間の基準	
第一種	エボラ出血熱 クミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る) 痘瘡 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 シフテリア 鳥インフルエンザ(H5N1)	治癒するまで	
第二種	インフルエンザ (鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)	医師が認めるまで	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、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		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		発疹が消失するまで
	水痘		すべての発疹が痂皮化するまで
	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		感染のおそれなくなるまで
第三種	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 コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス その他の感染症	感染のおそれなくなるまで	

----- きりとりせん -----

### 登 校 許 可 届

◆すべて保護者の方でご記入ください。

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

上記の感染症について登校許可をいただきましたので、報告します。

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

出席停止期間 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_