

保護者様  
年 組 氏名静清高等学校  
校長 小関直樹

## 学校感染症による出席停止のお知らせ

お子様は、下記の疾病（○印）にかかっているか、またはその疑いがあります。  
つきましては、学校保健安全法第19条の規定により、出席を停止してください。  
なお、病気が治りましたら、下の登校許可証明書に医師に記入してもらい、学校へご提出下さい。

種	○印	伝 染 病 名	出席停止の期間の基準 (ただし、疾病により医師が感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない)
1		病名 ( )	治癒するまで。
2		百日咳	特有の咳が消失するまで。または、5日間の適正な抗菌薬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、舌下腺の膨張が始まった後5日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで。
		風疹	発疹が消失するまで。
		水痘(水疱瘡)	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 及び 髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師が感染のおそれがないと認めるまで。
3		コレラ	症状により医師が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	
		その他の伝染病 ( )	

※ 学校保健安全法19条には、「校長は、感染症にかかっており、かかっている疑いがあり、又はかかるおそれのある児童生徒等がある時は、政令で定めるところにより、出席を停止させることができる。」と定められています。

## 登校許可証明書

学校長 様

年 組 氏名

(保護者記入)

1. 感染症名 \_\_\_\_\_

2. 停止期間 月 日から 月 日まで

上記の者の病気は感染するおそれなくなりましたので、登校しても差し支えないものと認めます。

令和 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ 印