

令和元年12月

保護者様

羽島市教育委員会

学校において予防すべき感染症への罹患による出席停止の措置について（お願い）

平素は、学校教育に対してご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、羽島市では、お子様が“学校において予防すべき感染症”に罹患した場合は、学校保健安全法施行規則第18条第19条で規定している「学校において予防すべき感染症」とその「出席停止の期間の基準」に基づいて、学校医やその他の医師の先生方の診断等をいただき、児童生徒への適切な出席停止を校長が指示・解除することで、学校感染症のまん延防止対策につながると考えております。

そこで、下記の内容についてご協力をお願いいたします。

記

○ お子様が、別紙にある学校感染症に罹患したと診断された場合

【基本的にはこれまでと同じです】

→「学校感染症（第2・3種・その他）の診断書及び出席停止期間の確認書※1」（裏面参照）に、担当の医師が病名等を記入していただけますので、学校に提出してください。

【上記の確認書※1の発行が有償のときは金銭的負担を避ける方法があります】

→「学校感染症（第2・3種・その他）の診断書及び出席停止期間の確認書※1」の発行が、医療機関によっては有償の場合があります。金銭的負担を避けたい場合は、別紙様式「学校において予防すべき感染症への罹患報告書※2」（保護者記入用）に、病名や出席停止期間について保護者が必要事項を記入、押印し、さらに受診を証明できるもの（医療費明細書、調剤説明書のコピー等）を添えて、学校へ提出してください。

※1… 受診医療機関から発行されます。

※2… 学校から配布されます。または、羽島市教育委員会学校教育課HPからダウンロードできます。

学校感染症（第2・3種・その他）の診断書及び出席停止期間の確認書

学校名 _____

年 組 氏名 _____

- 1 上記の者について、次の病気（○印）と診断しました。
- 2 上記の者について、次の病気により 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで（ _____ 日間）出席を停止したことを認めます。

出席停止になりうる学校感染症（第2種と第3種）と出席停止の期間の基準（学校保健安全法施行規則 第18条 第19条）

分類	○印	病名	出席停止の基準 <small>（但し、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）</small>
第2種		インフルエンザ（ _____ 型）	発症後5日、かつ 解熱後2日（幼児3日）が経過するまで
		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、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日間を経過し、かつ 全身状態が良好となるまで
		風しん	発疹が消失するまで
		水痘（みずぼうそう）	すべての発疹がかさぶたになるまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
		結核	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
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	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
		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（条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの）	
		溶連菌感染症	適切な抗菌剤治療開始後 24 時間を経て全身状態が良ければ登校可能
		手足口病	発熱や喉頭・口腔の水疱・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治癒期は全身状態が改善すれば登校可
	伝染性紅斑	発疹（リンゴ病）のみで全身状態が良ければ登校可能	
	その他の感染症（ _____ ）	症状が改善し、全身状態の良くなるまで	

（注）「その他の感染症」とは、ウイルス肝炎・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症・ヘルパンギーナをいいます。
「通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症」アタマジラミ・伝染性軟属腫（水いぼ）・伝染性膿痂疹（とびひ）

令和 年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____ 印

令和 年 月 日

(学校名)
羽島市立 _____ 学校長 様

学校において予防すべき感染症への罹患報告書

このことについて、下記のとおり学校において予防すべき感染症に罹患しましたので、報告します。

記

児童生徒名	年 組 番 氏名:
保護者名	印
疾病名 (マルをつけるか、 病名を記入してくだ さい)	インフルエンザ (型) 百日咳 麻疹 (はしか) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 風しん 水痘 (みずぼうそう) 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎 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 溶連菌感染症 手足口病 伝染性紅斑 その他の感染症 ()
受診した 医療機関	
医師に 診断された日	令和 年 月 日 ()
学校を欠席し た期間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()

※ 注意事項

- ・この用紙は保護者をご記入ください。医療機関で記入いただくものではありません。
- ・受診を証明できるもの (診療、治療内容の記載された医療費明細書、調剤説明書のコピー等) を添付してください。