

保護者様

佐渡市立畑野中学校長

出席停止について（お知らせ）

お子さんが現在かかっている病気は、学校保健安全法により他の児童生徒に感染するおそれのある間は登校できないことになっております。必ず医師の診断及び治療を受け、下記の「感染症診断通知（登校許可書）」を持たせて出席（登校）させてください。

なお、この期間は「出席停止」となり、「欠席」にはなりません。

※〇印がかかっている感染症

| 病名 | 〈出席停止の期間の基準〉 下記の基準の他、医師により感染のおそれがないと認めるまで出席停止となります。 |
|-----------------|--|
| 百日咳 | 特有の咳が消失するまで、または、5日間の適切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） | すべての発疹が痂皮化（かさぶた）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。 |
| 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おそれがないと認めるまで。 |
| （その他） | |

専門医様

- ・現在かかっている疾病が治癒し、又は他の児童生徒に感染のおそれがなくなりましたら、保護者又は児童生徒に「出席（登校）してもよい」旨の指導をし、下記の通知書によりお知らせくださいますようお願いいたします。

----- き り と り せ ん -----

感染症診断通知（登校許可書）

| | |
|----------|--------|
| 学年・組及び氏名 | 年 組 氏名 |
|----------|--------|

病名 _____ 診断日 _____ 月 _____ 日

上記の児童の疾病は治癒し、他の児童に感染のおそれがないと認められますので通知します。

| | |
|----------------|--------------------|
| 登校してもよいと認められる日 | 月 _____ 日 _____ から |
|----------------|--------------------|

病（医）院

医師氏名 _____

印