

学校感染症による出席停止届

天理小学校

()年()組 児童名 ()

保護者氏名()

お子さまが罹患した感染症と期間について、医師の診察をもとに、保護者の方がお書きください。

1. 診断日と医療機関名

令和()年()月()日 医療機関名()

2. 病名と出席停止期間の基準(該当するものに○をしてください)

病名	出席停止期間の基準
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	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□
風疹	発疹が消失するまで
水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
溶連菌感染症	適正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
咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
手足口病	発熱や喉頭・口腔の水痘・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治療期は全身状態が改善すれば登校可能
伝染性紅斑(リンゴ病)	発疹(リンゴ病)のみで全身状態が良ければ登校可能
ヘルパンギーナ	発熱や喉頭・口腔の水痘・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治療期は全身状態が改善すれば登校可能
マイコプラズマ感染症	急性期は出席停止、全身状態が良ければ登校可能
感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症)	下痢・嘔吐症状が軽快し、全身状態が改善されれば登校可能□
その他 ()	

3. 出席停止期間 医師の診断結果と上記基準を目安にご記入ください

自 令和 年 月 日 ~ 至 年 月 日

※出席停止期間の判断に迷われましたら、診断を受けた医療機関等にご相談ください。