

令和 年 月 日

保護者 様

新潟県立小出特別支援学校長

学校感染症による出席停止について(お願い)

部 年 氏名

・お子さんの病気が、学校保健安全法に示す次の基準により、他の生徒に感染する恐れのある間は、登校できないことになっています。(なお、この期間は欠席になりません。)

・病気が軽快しましたら、主治医の証明書をもって登校させてください。

病 名	出席停止期間の基準
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
水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮かする(かさぶたとなって乾く)まで
風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで
咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで又は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
結核	症状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
溶連菌感染症	主治医の指示による
手足口病	主治医の指示による
マイコプラズマ感染症	主治医の指示による
感染性胃腸炎	主治医の指示による
流行性角結膜炎	主治医の指示による
伝染性紅斑	主治医の指示による
その他 ()	主治医の指示による

登校許可証明書

診断年月日:令和 年 月 日

上記お子さんの罹患した 病名 _____ は軽快し、感染の恐れが

ありませんので、 _____ 月 _____ 日より登校してもさしつかえありません。

令和 年 月 日

医療機関名及び医師名

㊞