

令和 年 月 日

保護者 様

咲洲みなみ小中一貫校

## 学校感染症による出席停止について

お子さまが下記の病気につきかかった場合は、学校保健安全法第19条の規定により、出席停止扱いとなります。医師の指示にしたがって、ご家庭でゆっくり休養されますようお願いいたします。  
なお、登校されるときは、主治医の先生に下記に記入してもらい、担任まで提出してください。

主治医 様

本校児童・生徒がお世話になっております。学校感染症等で受診した際は、お手数ではございますが、下記にご記入いただき、保護者へお渡しいただきますようお願いいたします。

### 学校感染症等に係る登校に関する意見書

年 組 名前

#### 第1種感染症

(病名) )

#### 第2種感染症

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ(特定インフルエンザを除く) | ( A型 · B型 )                         |  |
| <input type="checkbox"/> 百日咳                   | <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)    | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
| <input type="checkbox"/> 風疹                    | <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)     |
| <input type="checkbox"/> 結核                    | <input type="checkbox"/> 隹膜炎菌性髄膜炎   |  |

#### 第3種感染症

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

その他感染症

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A群溶連菌咽頭炎        | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 |
| <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症       |                                 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症・異型肺炎 |                                 |
| <input type="checkbox"/> (病名) )          |                                 |

◆ 上記の疾患に罹患したため、学校保健安全法施行規則第19条に基づき療養を指示していましたが、感染のおそれがきわめて少なくなったので、 月 日以降の登校が可能であると判断しました。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印