

学校伝染病に出席停止

学校において、特に予防すべき感染症の種類と出席停止の期間は次の通りになっています。

(学校保健法施行規則第19条)

種別	伝染病の名称	出席停止期間
第1種	<ul style="list-style-type: none"> ・ エボラ出血熱 ・ クリミア・ゴング出血熱 ・ 痘そう ・ ペスト ・ ラッサ熱 ・ ジフテリア ・ 南米出血熱 ・ マールブルグ病 ・ 急性灰白髄炎 ・ 重症急性呼吸器症候群 ・ 鳥インフルエンザ 	治癒するまで
第2種	<ul style="list-style-type: none"> ・ インフルエンザ[鳥インフルエンザ (H5N1) を除く] ・ 百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 結核 	解熱した後2日を経過するまで 特有の咳が消失するまで 解熱した後3日を経過するまで 耳下腺の腫脹が消失するまで 発疹が消失するまで すべての発疹が痂皮化するまで 主要症状が消退後2日を経過するまで 医師が伝染のおそれがないと認めるまで
第3種	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腸管出血性大腸菌感染症 ・ 流行性角結膜炎 ・ 急性出血性結膜炎 ・ コレラ ・ 細菌性赤痢 ・ 腸チフス ・ パラチフス ・ その他の伝染病 	学校医、その他の医師によって伝染の恐れがないと認めるまで

出席停止期間は基準であり、主治医の証明があればこの限りではありません。

《《 治癒証明について 》》

上記の学校伝染病と診断された場合は、ただちに学校へ連絡をしていただき、医師の登校許可の診断を得るまで、自宅で療養させてください。

「治癒証明書」は学校まで取りに来ていただくかダウンロードしてください。

治 癒 証 明 書

岡山県美作高等学校

_____年 _____組 _____番

生徒氏名

生年月日 _____年 _____月 _____日生

病 名

期日 平成 _____年 _____月 _____日より

平成 _____年 _____月 _____日まで

上記の生徒は、他に伝染のおそれなくなりましたので、登校を許可します。

平成 _____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印