＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

保　護　者　様

年　　組　　番　氏名　　さん

新潟県立村上高等学校長
関　矢　和　彦

出 席 停 止 に つ い て

お子さんの病気は学校保健安全法に示す基準により、他の生徒に感染する恐れのある期間は登校できないことになっています。必ず医師の診察及び治療を受け、医師の登校証明をもらってから登校させてください。

なお、この期間は出席停止となり、欠席扱いにはなりません。

主な学校感染症　　注：医師から聞いた病名の番号を〇で囲ってください

病　　名	出　席　停　止　の　期　間
1　インフルエンザ	発症した後５日を経過し、かつ、解熱した後２日を経過するまで
2　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
3　麻　し　ん	解熱した後３日を経過するまで
4　流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後５日を経過し、かつ全身症状が良好になるまで
5　風　し　ん	発疹が消失するまで
6　水　痘	すべての発疹がか皮化するまで
7　咽頭結膜熱	主要症状が消退した後２日を経過するまで
8　結核及び 髄膜炎菌性髄膜炎	病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
9　その他 （　　）	第１種感染症：治癒するまで 第３種感染症：病状に応じて医師が感染の恐れがないと判断するまで

登　校　許　可　証　明　書

病　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出席停止期間　＿＿＿＿月＿＿＿＿日　～　＿＿＿＿月＿＿＿＿日

上記の病気は、他の生徒にうつるおそれがないと認められますので、登校してもさしつかえありません。

＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

医療機関名
又は医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印