

平成_____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、医師から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○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 麻疹	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。

平成_____年_____月_____日

医療機関名

又は医師名 _____

