

# 学校感染症による出席停止について

出席停止の期間は、医師の指示に従って十分に静養するとともに、感染予防のため友人等との接触を避けてください。

なお、病状が回復し登校するときには、必ず医師の診察を受け、治癒証明書（病名と罹患期間が明記されたもの）の記入を受けて、学校に提出してください。

## 【学校において予防すべき感染症の種類と出席停止期間の基準】

|     |                                                                                   |                                              |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 第1種 | エボラ出血熱　クリミア・コンゴ出血熱　痘そう　南米出血熱　ペスト　マールブルグ病<br>ラッサ熱　急性灰白髄炎　ジフテリア　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 | インフルエンザ                                                                           | 発症後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで                  |
|     | 百日咳                                                                               | 特有の咳が消失するまで、または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    |
|     | 麻疹                                                                                | 解熱した後3日を経過するまで                               |
|     | 流行性耳下腺炎                                                                           | 耳下腺、顎下腺または舌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 |
|     | 風疹                                                                                | 発疹が消失するまで                                    |
|     | 水痘                                                                                | すべての発疹が痂皮化するまで                               |
|     | 咽頭結膜熱                                                                             | 主要症状が消退した後2日を経過するまで                          |
|     | 結核                                                                                | 病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで             |
| 第3種 | 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　その他の伝染病                         | 病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで             |

※ただし、第2種の感染症（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く）については、病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めた時は、この限りではない。

----- き り と り -----

# 感染症治癒証明書

広島国際学院高等学校長　様

----- 科　　　年　　　組　　　番　氏　名 -----

疾病名【 ----- 】

上記の理由で、----- 月 ----- 日 ----- ～ ----- 月 ----- 日まで加療していましたが、感染の恐れもなく、学校生活が送れる状態になりましたことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関名

医　師　名 ----- 印