

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 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 新型コロナウイルス感染症	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
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、学校生活を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

聞き取り調査・健康観察票

広島国際学院中学・高等学校

年 組 番 部活動 名前

		1日目 (相談日)	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
日付		月 日()午前・午後 時 分	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	
体温	最高	℃ 現在 ℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	
	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	
呼吸器 症状		<input type="checkbox"/> 咳 (月 日頃から) <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり(月 日頃から) <input type="checkbox"/> のどの痛み (月 日頃から) <input type="checkbox"/> 息苦しい (月 日頃から) <input type="checkbox"/> 胸の痛み (月 日頃から)	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	
その他		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (月 日頃から) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛(月 日頃から) <input type="checkbox"/> その他 () ・渡航歴(県外への移動も含む) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(同居家族・本人) (行先:) ・かかっている病気はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(心臓・呼吸器の病気・糖尿病・喘息・その他) ・自分以外に感染が心配な人がいますか? <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(名前:)	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()

※症状がある時は、□に✓を入れてください。
 ※発熱等の風邪症状があったら学校等を休み、外出を控えてください。また、毎日(朝・夕)、体温を測定し記録しておいてください。(受診時、この聞き取り調査・健康観察票を持参してください。)
 ※少しでも体調に異変を感じ、「風邪かな?」と思ったら、①かかりつけ医など身近な医療機関に電話相談してください(必ず事前の電話連絡の上、受診してください)。②相談先に迷う時は、『受診・相談センター』に電話相談してください。
 ※新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、学校へ連絡してください。
 ※濃厚接触者となった場合は、その日から自宅待機の期間健康観察を行い、この用紙に記録してください。登校時に持参し「登校許可願」と共に学校に提出してください。

健康観察票

広島国際学院中学・高等学校

年 組 番 名前

		8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
日付		月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()
体温	最高	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	朝	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)	℃(午前 時)
	夕	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)	℃(午後 時)
呼吸器症状		<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸の痛み
その他		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 (からだがとてもだるい) <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 (からだの節々が痛い) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 結膜充血 (目の充血) <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> その他 ()

※症状がある時は、□に✓を入れてください。

※発熱等の風邪症状があったら学校等を休み、外出を控えてください。また、毎日(朝・夕)、体温を測定し記録しておいてください。(受診時、この間取り調査・健康観察票を持参してください。)

※少しでも体調に異変を感じ、「風邪かな?」と思ったら、①かかりつけ医など身近な医療機関に電話相談してください(必ず事前の電話連絡の上、受診してください)。②相談先に迷う時は、『受診・相談センター』に電話相談してください。

※新型コロナウイルス感染症と診断された場合は、学校へ連絡してください。

※濃厚接触者となった場合は、その日から自宅待機の期間健康観察を行い、この用紙に記録してください。登校時に持参し「登校許可願」と共に学校に提出してください。

新型コロナウイルス感染症に関連する出席停止について（お知らせ）

学校長は、児童生徒が感染症にかかっていたり、かかっている疑いがあるときは、学校保健安全法 19 条の規定により、出席停止の措置を取る場合があります。

出席停止の期間は欠席とはみなされません。出席停止期間後に登校する場合は、下記の「新型コロナウイルス感染症に関連する登校許可願」に必要事項を記入のうえ、別紙「学校感染症治癒証明書」または「聞き取り調査・健康観察票」とともに学校へ提出してください。

なお、新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため、保健所、学校等が調査を実施する場合があります。あらかじめご了承ください、調査実施の際はご協力お願いいたします。

また、少しでも「風邪かな?」と思ったら、①まずはかかりつけ医など身近な医療機関に電話相談 ②かかりつけ医を持たないなど相談先に迷う時は『受診・相談センター』にすぐ相談し、病院受診してください。

-----切り取り-----

新型コロナウイルス感染症に関連する登校許可願

広島国際学院中学高等学校長 様

科 年 組 番 氏名

期間（ 月 日 ～ 月 日）

治癒もしくは理由が解消し、集団生活ができる状態となりました。

【状況】

1. 新型コロナウイルス感染症に感染し、治癒した。（※感染が確定した場合は、治癒するまで出席停止です。その際は医師による治癒証明書を合わせて提出して下さい。）
2. 濃厚接触者に特定された。〈最後に濃厚接触した日：令和 年 月 日〉（※濃厚接触者に特定され自宅待機を指示された場合は、その期間、健康観察票を記入し提出してください。）
3. その他 〈 〉

【医療機関の受診】

①医療機関名：

②受診日：令和 年 月 日

③受診(検査)結果と医師からの指示

令和 年 月 日 保護者名 印