

# 出席停止報告書

山武市立山武北小学校長 様

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 児童生徒氏名

保護者氏名

下記のとおり、報告します。


記

1 受診した医療機関 \_\_\_\_\_ (検査キット判定日： \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日)

◎インフルエンザや新型コロナウイルス感染症で、受診せず検査キットによる陽性の場合は、その判定日をご記入ください。

2 医師から療養が必要とされた期間 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

3 疾患名

該当疾患 に○ 	疾患名	出席停止期間または処置、注意事項
	インフルエンザ (A・B)	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 (※)
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで (※)
	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
	麻疹 (はしか)	解熱後3日を経過するまで (※)
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	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、全身状態が良好になるまで
	風しん (3日はしか)	発疹が消失するまで
	水痘 (みずぼうそう)	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日経過するまで (※)
	溶連菌感染症	医師において感染のおそれがないと認めるまで
	感染性胃腸炎 (ウイルス性胃腸炎) (流行性嘔吐下痢症)	
	流行性角結膜炎	
	急性出血性角結膜炎	
	手足口病	
	マイコプラズマ感染症	
	伝染性紅斑 (りんご病)	
	ヘルパンギーナ	
	その他の感染症 ( _____ )	

(※)「発症・発現・解熱・消失した後○日を経過」⇒発症などした当日は0日とし、翌日から1日2日…と数えること。

保護者の方が責任を持って正確にご記入ください。報告経路 家庭→担任→保健室

なお、この報告書は、医療機関で記入していただく必要はありませんが、出席停止期間・登校可能日については受診の際に医師にご確認ください。