

新型コロナウイルス感染症による出席停止について

保護者 様

学校保健安全法施行規則において、新型コロナウイルス感染症と診断された、または個人で抗原検査を行い陽性反応が出た場合は、「発症後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」出席停止の扱いとなります。
発症した日を0日として、そこから5日間（計6日間）は登校できません。また、「症状軽快」とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ呼吸器症状が改善傾向にあることを指し、症状が軽快した日を0日として1日経過する必要があります。
下記の「新型コロナウイルス感染症罹患申出書」に記入し、学校に提出してください。学校への提出は原則登校時をお願いします。登校可能かどうかの判断に迷われる場合は、医療機関を受診してください。

新型コロナウイルス感染症罹患申出書

年 組 番 氏名

1. 発症日：令和 年 月 日（発症0日目）
2. 欠席の理由（該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください）

○印	理由	詳細
	医療機関で診断を受けた	診断日：令和 年 月 日 医療機関名（ ） 医師の指示 令和 年 月 日～令和 年 月 日まで 療養期間になります。 医師からの注意事項・6日間を超える場合は症状の経過を記入して下さい。 （ ） ※医療機関の証明は不要です。
	個人で抗原検査を行った	検査日：令和 年 月 日

3. 経過報告

	月 日	体温	その他
0日目（発症日）	月 日（ ）	℃	
1日目	月 日（ ）	℃	
2日目	月 日（ ）	℃	
3日目	月 日（ ）	℃	
4日目	月 日（ ）	℃	
5日目	月 日（ ）	℃	
6日目	月 日（ ）	℃	

令和 年 月 日

保護者氏名（自署）

インフルエンザによる出席停止について

保護者 様

学校保健安全法施行規則において、インフルエンザ※と診断された場合は「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」出席停止の扱いとなります。下記のインフルエンザ罹患申出書に記入及び、受診・罹患を証明できるもの（診療報酬領収書・処方薬説明書のコピー）を学校に提出して下さい。学校への提出は原則登校時をお願いします。インフルエンザにおいては、脳症や肺炎など深刻な合併症が報告されており、タミフルなどの薬剤で治療が可能であることから、生徒の健康のためにも医療機関に受診していただき出席停止期間中は療養に専念してください。

※鳥インフルエンザ（H5N1）及び新型インフルエンザを除く

インフルエンザ罹患申出書

年 組 番 氏名

1. 診断名：インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ・ 疑い ）

2. 発症日：令和 年 月 日（発症日0日目）

3. 欠席の理由（必要事項を記入してください）

理由	詳細
医療機関で診断を受けた	診断日：令和 年 月 日 医療機関名（ ） 療養期間（医師から登校を控えるように指導された期間） 令和 年 月 日～令和 年 月 日まで ※6日間を超える場合などは、症状の経過や医師からの指示事項等を記入してください

令和 年 月 日

保護者氏名（自署）

出席停止について

保護者 様

学校保健安全法第19条の規定において、学校感染症に罹患した場合は「出席停止」となります。「出席停止」の措置となった場合は、欠席扱いにはなりません。

医師に「感染の恐れがなくなった」ことを確認してから、登校していただきますようお願いいたします。下記「証明書」を医療機関にて記入してもらい、学校まで提出ください。流行拡大を防ぎ、生徒の健康を守るための措置ですので、ご協力をお願いいたします。学校への提出は原則登校時にお願ひします。

なお、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症に関しては、保護者の方に記載していただく別の様式がありますので、そちらに記入・提出していただけますようお願いいたします。

- 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及び鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）
- 第2種：インフルエンザ（鳥インフルエンザを除く）、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜炎、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
- 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感染症

「感染性胃腸炎」「マイコプラズマ肺炎」は、特に出席停止の指定はされておらず、学校で流行した際「感染の拡大を防ぐために必要に応じて学校長が学校医の意見を聞いて出席停止の措置をとることができるもの」となっております。

出席停止期間証明書

担当医 様

和歌山県立新宮高等学校

学校保健安全法に基づく出席停止について、お手数ですが下記にご記入下さいますようお願い申し上げます。

____年 ____組 ____番氏名 _____

病名 _____

期間 令和 ____年 ____月 ____日 ～ 令和 ____年 ____月 ____日
(発症日:令和 ____年 ____月 ____日、解熱日: ____月 ____日)

上記疾患について他への感染の恐れがなく出席停止を解除して差し支えないことを認めます。

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医 師 名

印