

保護者様

平成 年 月 日

大阪府立守口東高等学校
校長 安田 幸一

学校で予防すべき感染症等に伴う出席停止措置について

平素は本校生徒の健康管理及び保健指導にご協力いただき、ありがとうございます。

この度のお子さまの欠席につきましては、学校保健安全法により、出席停止の扱いになる可能性があります。

つきましては、お手数ですが、担当医師に、出席停止に当たる期間があるか否かをご確認ください。

出席停止扱いに当たる期間がある場合は、下記の「出席停止措置に関する意見書」を医師に記入していただき、学校へご提出ください。

なお、出席停止措置は、原則として（ ）内の期間となります。

出席停止措置に関する意見書

年 組 番 氏名

以下の括弧内に病名を記入するか、または該当する病名の番号に○をつけてください。

病名

第1種感染症（出席停止期間は治癒するまで）

（ ）

第2種感染症

1. インフルエンザ[新型をのぞく]（発症した後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで）
2. 麻疹（解熱後3日間を経過するまで）
3. 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）
4. 水痘（すべての発疹が痂皮化するまで）
5. 風疹（発疹が消失するまで）
6. 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、全身状態が良好になるまで）
7. 結核（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）
8. 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）
9. 咽頭結膜熱（主要症状が消退した後2日を経過するまで）

第3種感染症（出席停止期間は、医師が感染のおそれがないと認めるまで）

1. 腸管出血性大腸菌感染症
2. 流行性角結膜炎
3. 急性出血性結膜炎
4. その他の感染症（ ）

学校での感染拡大を防ぐため、出席停止を行う必要がある期間

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印