

平成 年 月 日

保護者様

新潟県立佐渡総合高等学校長
佐々木雅伸

出席停止について（通知）

このことについて、お子さんの病気は学校保健安全法第19条に基づき、他の生徒に感染するおそれのある間は、医師の許可があるまで登校できないことになっております。

なお、該当の病気は○で囲んであります。

1 傷病名と出席停止基準

- (1) 第1種感染症（ ） 学校医、主治医の指示による
- (2) 第2種感染症
 - ①百日咳 特有の咳が消失するまでまたは5日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
 - ②麻疹（はしか） 解熱後3日を経過するまで
 - ③流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日間を経過し、かつ全身状態が良好となるまで
 - ④風疹（三日ばしか） 発疹が消失するまで
 - ⑤水痘（水ぼうそう） すべての発疹が痂皮化するまで
 - ⑥咽頭結膜熱（プール熱） 主要症状が消退後2日を経過するまで
 - ⑦結核 学校医、主治医の指示による
- (3) 第3種感染症 学校医、主治医の指示による
 - 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（ ） 学校医、主治医の指示による

- 2 出席停止の基準は上記のとおりですが、登校については主治医に相談のうえ、登校させてください。
- 3 出席停止期間中は欠席になりません。
- 4 症状が治まりましたら、再受診し、主治医から治療通知書に記入していただき、登校時に担任までご提出ください。

専門医様

現在かかっている病気が治癒しましたら、お手数でも下記通知書によりお知らせくださいますようお願いいたします。

.....切 り 取 り 線.....
平成 年 月 日

新潟県立佐渡総合高等学校長様

治癒通知書

年 組 氏名 _____

病名（ ）
上記の生徒は治癒し、他の生徒に感染のおそれのないことを通知します。

出席停止を必要とした期間 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日まで

医師名 _____ 印 _____