

保護者 様

大阪府立美原高等学校

“学校において予防すべき感染症”に罹患した場合（裏面参照）は、出席停止になります。罹患した場合は、学校へ連絡し、医療機関で下記意見書の記入をお願いします。登校再開の際、下記の用紙を担当または保健室まで提出して頂きますよう、よろしくお願い致します。

感染症に関する意見書

年 組 番 名前

感染症名 (年 月 日発症)

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日より登校を許可します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

学校において予防すべき感染症の出席停止期間等の基準

感染症の種類		出席停止期間
第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	治癒するまで
	<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱	
	<input type="checkbox"/> 痘そう	
	<input type="checkbox"/> 南米出血熱	
	<input type="checkbox"/> ペスト	
	<input type="checkbox"/> マールブルグ病	
	<input type="checkbox"/> ラッサ熱	
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎（ポリオ）	
	<input type="checkbox"/> シフテリア	
	<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群	
	<input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 中東呼吸器症候群	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
第二種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	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
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 風疹	発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
第三種	<input type="checkbox"/> コレラ	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
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 腸チフス	
	<input type="checkbox"/> パラチフス	
	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	
	<input type="checkbox"/> その他の感染症 () ※原則 欠席扱い	

※「その他の感染症」として出席停止の指示をするかどうかは、感染症の種類や各地域、学校における感染症の発生・流行の態様等を考慮の上で判断します。