

保護者 様

## 感染症による出席停止について

大阪府立成城高等学校長

学校保健安全法において出席停止となる感染症は下記のとおりです。これらの感染性疾患に罹患したときは、すぐに学校へ連絡して医師の指示する期間は出席を停止してください。

また、登校を開始する際には、学校指定の意見書（裏面）や診断書等、医師による証明を学校へ提出してください。（医療機関により異なりますが、文書料が必要な場合があります。）

### 記

#### 第1種感染症

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、マールブルク病 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（SARS コロナウイルスに限る） 鳥インフルエンザ（H5N1）	治癒するまで
--	--------

#### 第2種感染症

インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失、または抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻疹	解熱した後、3日を経過するまで
流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫れが発現後5日を経過し、かつ全身症状が良好になるまで
風しん	発疹が消えるまで
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消えて2日を経過するまで
結核	医師において感染の恐れがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染の恐れがないと認めるまで

#### 第3種感染症

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、※ <u>その他の感染症</u>	医師において感染の恐れがないと 認めるまで
---	--------------------------

#### ※その他の感染症

学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合にその感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、学校医の意見を聞き校長が緊急の措置として出席停止の指示をすることができる。

# 意見書記入のお願い

大阪府立成城高等学校長

ご多忙のところ大変お手数ですが、下記の意見書へのご記入をよろしくお願いいたします。

## 学校感染症等に係る登校に関する意見書

年 組 生徒名

下記の疾患に罹患した、又は罹患の疑いがあったため療養を指示していましたが、

令和 年 月 日 以降の登校が可能と判断しました。

【第1種感染症】 病名 ( )

### 【第2種感染症】

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ ( A型 B型 型不明 ) |                                   |
| <input type="checkbox"/> 百日咳                   | <input type="checkbox"/> 麻しん      |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎               | <input type="checkbox"/> 風しん      |
| <input type="checkbox"/> 水痘                    | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱    |
| <input type="checkbox"/> 結核                    | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |

### 【第3種感染症】

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎    | <input type="checkbox"/> コレラ     |
| <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢       | <input type="checkbox"/> 腸チフス    |
| <input type="checkbox"/> パラチフス       |                                  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )     |                                  |

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印