平成 27 年 10 月 5 日

保護者 各位

茨城県立竹園高等学校長
（公印省略）

インフフルエンザ等の出席停止について（通知）

平成 24 年 4 月に学校保健安全法施行令が一部改正されました。

とくに，学校感染症に関する項目でで「インフルエンザ」の出席停止の期間が「解熱した後 2 日を経過するまで」から「発症した後 5 日を経過し，かつ解熱後 2 日（幼児にあっては 3 日）を経過するまで」となりました。

本校では，保護者からの欠席連絡の理由が，表１にあたる場合は，感染症予防の観点からすみやかに出席停止開始とします。

「インフルエンザ」は，別紙様式１，その他の学校感染症は別紙様式２を**保護者が記入し，医療機関受診日が確認できる書面（医療機関の領収書，服薬の説明書等）の写しを添付**して，登校可能時に提出してください。

様式１，２は，本校Ｗｅｂページに掲載しておりますので，ダウンロードして御活用ください。

【表１　学校感染症出席停止の基準】

<table>
<tr><th>分類</th><th colspan="2">病名</th><th>出席停止の基準</th></tr>
<tr><td>第１種</td><td colspan="2">（※）</td><td>治癒するまで</td></tr>
<tr><td>第２種</td><td colspan="2">インフルエンザ
百日咳
麻しん（はしか）
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

風しん
水痘（みずぼうそう）
咽頭結膜熱
結核
髄膜炎菌性髄膜炎</td><td>発症後 5 日、かつ、解熱後 2 日（幼児 3 日）が経過するまで
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
解熱した後 3 日を経過するまで
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
発疹が消失するまで
すべての発疹が痂皮化するまで
主要症状が消失した後 2 日を経過するまで
症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで</td></tr>
<tr><td rowspan="3">第３種</td><td colspan="2">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</td><td>症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他の
感染症</td><td>溶連菌感染症　　ウイルス性肝炎　手足口病
伝染性紅斑　ヘルパンギーナ　マイコプラズマ感染症
感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）</td><td>急性期をさけ，症状が改善し全身状態がよければ登校可能
詳細はおたずねください</td></tr>
<tr><td>アタマジラミ
伝染性軟属腫（水いぼ））
伝染性膿痂疹（とびひ）</td><td>出席可能（タオル、櫛、ブラシの共用は避ける）
出席可能（多発発疹者はプールでのビート板の共用は避ける
出席可能（プール、入浴は避ける）</td></tr>
</table>

※第１種学校感染症
エボラ出血熱　ｸﾘﾐｱ･ｺﾝｺﾞ出血熱　　痘そう　南米出血熱　ペスト　ﾏｰﾙﾌﾞﾙｸﾞ熱　ラッサ熱　ジフテリア
重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）急性灰白髄炎（ポリオ）　鳥ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ（Ｈ５Ｎ１）

様式１（インフルエンザ・保護者記入用）

【インフルエンザ治癒報告書】

１　学校名　　茨城県立竹園高等学校

２　生徒氏名　　学年　　組　　番　　氏名

３　医師の指示事項

(1)感染症名　　インフルエンザ

(2)発症年月日　　平成　　年　　月　　日

(3)登校可能年月日　平成　　年　　月　　日

※出席停止の期間は，38℃以上の高熱や頭痛、筋肉痛、関節痛、全身の倦怠感などの症状があり，医療機関で「インフルエンザ」と診断された日から医師の指示により連続して欠席した日までを記入してください。

４　記入年月日　　平成　　年　　月　　日

５　保護者氏名　　印

６　医療機関受診日が確認できる書面の写（医療機関の領収書，服薬の説明書など）を添付

様式２（その他の学校感染症・保護者記入用）

【学校感染症治癒報告書】

１　学校名　　茨城県立竹園高等学校

２　生徒氏名　　学年　　組　　番　　氏名

３　医師の指示事項

(1)感染症名

(2)発症年月日　　平成　　年　　月　　日

(3)登校可能年月日　平成　　年　　月　　日

※出席停止の期間は，感染症により違います。【出席停止の基準】を参考にしていただき，主治医の指示に従ってその期間を確認決定してください。本校では，服薬期間をめやすに欠席療養していただいております。

４　記入年月日　　平成　　年　　月　　日

５　保護者氏名　　㊞

６　医療機関受診日が確認できる書面の写（医療機関の領収書，服薬の説明書など）を添付