

学校感染症による出席停止について

次頁に記載された感染症にかかった場合、学校保健安全法等により、それぞれ定められた期間、出席停止となります。

学校は集団生活のため、集団感染が起きやすい場所です。特に、室内で長時間大人数が過ごす場であること、また、中高生は活動範囲も広く、接触度も高いことが、その誘因となります。そのため、早めに発症状況を把握することが必要になります。学校感染症に罹患されましたら、速やかに下記の手順で連絡等をお願いします。

記

- ① 医療機関を受診し、以下の学校感染症に罹患したと診断を受ける
- ② すぐに、(A)「罹患連絡表」に必要事項を記入・捺印の上、本校宛に F A X 送信
F A X 番 号 0 3 - 3 4 9 1 - 3 0 7 7 (教員室直通)
※日・祝日・長期休業中も同様
↓
(加療・休養)
↓
- ③ それぞれの出席停止期間を経過し、かつ体調がすべて回復して、医師により治癒または感染させる恐れがないと認められた時点で、(B)「登校許可証明書」に医師により記入・捺印を受け、保護者氏名等を記入・捺印
※第3種、およびその他の感染症については、出席停止対象になった場合のみ、(B)「登校許可証明書」の提出が必要になります。出席停止対象となるか等のお問い合わせは、学校感染症担当(中学教頭)までお願いします。
- ④ 登校再開日に、生徒本人が必ず持参し、各学級主任へ提出。
※「登校許可証明書」がない場合、登校できません。

感染症の種類	出席停止期間
第一種（＝感染症法の１類・２類） エボラ出血熱、痘瘡、南米出血熱、ラッサ熱、マールブルグ病、クリミア・コンゴ出血熱、ジフテリア、ペスト、急性灰白髄炎、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウィルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルス属インフルエンザAウイルスであり、その血清型がH5N1であるものに限る）	感染症法による（治癒するまで）
第二種 インフルエンザ ----- ※鳥インフルエンザH5N1を除く 百日咳 ----- 麻疹 ----- 流行性耳下腺炎 ----- 風疹 ----- 水痘 ----- 咽頭結膜熱 -----	→発症後５日を経過し、かつ解熱後２日間以上を経過するまで →特有の咳が消失するまで、または５日間の適正な抗菌薬療法が終了するまで →解熱した後３日間を経過するまで →耳下腺、顎下腺、または舌下腺の腫張が始まった後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 →主要症状消退後２日を経過するまで ※ただし、病状により、医師が、感染させる恐れがないと認めた時は、この限りではない
結核 ----- 髄膜炎菌性髄膜炎-----	→医師が、感染させる恐れがないと認めるまで
第三種 コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス、腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、	→第三種については、医師が「感染性が高く、集団発生を起こす可能性があり、出席を停止する必要がある」と判断した場合「出席停止扱い」となることがある。その期間は病状等により医師が感染させる恐れがないと認めるまで。
その他の感染症 例)溶連菌感染症、ウィルス性肝炎、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、流行性嘔吐下痢症 など	→その他については、学校で流行が起こった場合に、その流行を防ぐため、必要があれば、学校長が学校医の意見を聞き、「第三種の感染症として措置ができる疾患」で、その期間は感染症の種類や発生・流行の態様などを考慮の上、判断される。

※保護者記入

(A) 学校感染症「罹患連絡表」

_____ R 生徒氏名：_____

病 名 (○で囲んで下さい)

インフルエンザ (_____ 型)

百日咳

麻疹

流行性耳下腺炎

風疹

水痘

咽頭結膜熱

髄膜炎菌性髄膜炎

その他の感染症 (疾病名：_____)

下記の医療機関において、_____ 月 _____ 日、上記疾病の診断を受けたので連絡します。

医療機関名：_____ 病院・医院・クリニック

住所：_____ TEL：_____ (_____) _____

本人の所属部活：あり→〈_____ 部〉・なし

(※複数所属の場合は、すべての部活・同好会等の名称を記入)

本人の居住地：_____ 都・県 _____ 区・市・町

(政令市の場合：_____ 区)

以上の通りです。

平成_____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者氏名：_____ 印

【学校記入欄】「罹患連絡表」FAX 着信 → 各学級主任 印 (各記録簿記入・部顧問へ連絡等) → 各所属教頭 印 → 感染症担当 (中学教頭)

(B) 「登校許可証明書」

患者氏名： _____

病 名 (○で囲んで下さい)

インフルエンザ (型)

百日咳

麻疹

流行性耳下腺炎

風疹

水痘

咽頭結膜熱

髄膜炎菌性髄膜炎

その他の感染症 (疾病名： _____) ← 「出席停止」対象の場合、要提出

上の者は上記疾病に罹患し、 ____ 月 ____ 日からの加療により、治癒又は感染させる
恐れがないと認め、 ____ 月 ____ 日からの登校を許可する。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名： _____ 病院・医院・クリニック

住所： _____ T E L : _____ (_____) _____

医師氏名： _____ 印

* 以下、保護者記入 (生徒本人が最初の登校日に必ず持参し、学級主任に提出)

攻玉社中学・高等学校

学校長 殿

上記証明により、本日、平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日より登校させます。

_____ R _____ 番 生徒氏名： _____

保護者氏名： _____ 印

【学校記入欄】学級主任 印 → 各所属教頭 印 → 学校感染症担当 (中学教頭)