

# 出席停止届

愛媛県立みなら特別支援学校長 様

部 年 組 氏名

1 病名 該当するものに○をつけてください。保護者が御記入ください。

病名	出席停止期間
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
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
麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
流行性耳下腺炎 （おたくふくかぜ）	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
風しん（三日ばしか）	発しんが消失するまで
水痘（水ぼうそう）	すべての発しんが痂皮化するまで
新型コロナウイルス 感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで *「症状が経過」とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあること
咽頭結膜熱 （プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
結核	症状により、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	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
流行性角結膜炎	症状により、医師において感染の恐れがないと認めるまで
急性出血性結膜炎	症状により、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 （ ）	医師の指示による （例：溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、感染性胃腸炎など）

※病状により医師において感染の恐れがないと認めたときは、この限りではありません。

2 受診医療機関名 \_\_\_\_\_

3 受診日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4 出席停止期間 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医師から「登校してもよい」という指示・許可が出たので登校させます。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_