

保 護 者 様

## 出席届についてのご案内

このたびは、お子様の発症につきまして、心よりお見舞い申し上げます。

お子様が患された病気は、感染力が非常に強い病気のため、学校保健安全法により感染のおそれがなくなるまで、出席を見合わせていただくことが定められております。

出席を見合わせていただく期間は、概ね下表のとおりです。

登校に際しましては、病気の経過がわかる医療機関の医師※から「登校しても支障なし」との判断をもらい、必ず、「出席届」に医師の証明（印）をもらい、お子様に持たせてください。（※経過が分からない医療機関は、証明できない場合があるため）

なお、板橋区医師会のご厚意により、板橋区医師会所属の医療機関（大学病院及び公立病院は除く）に限り出席届の文書料は無料となっております。

学校保健安全法施行規則第 19 条（出席停止の期間の基準）

出席停止の期間の基準は、感染症の種類に従い、次のとおりとする。

ただし、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た時はこの限りではない。

| 疾 患 名                                            | 出 席 停 止 の 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（3 日はしか）                                      | 発しんが消失するまで                                    |
| 水痘（みずぼうそう）                                       | すべての発しんが痂皮化するまで                               |
| 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                         |
| 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          |
| 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             |
| 髄膜炎菌性髄膜炎                                         | 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             |
| 腸管出血性大腸菌感染症<br>流行性角結膜炎<br>急性出血性結膜炎<br>その他の感染症（※） | 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             |

（※）その他の感染症には、感染性胃腸炎、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、EB ウイルス感染症、ウイルス性肝炎が挙げられております。これ以外にも医師の判断で出席停止とする場合があります。なお、診断に検査は必ずしも必要ではありません。

【裏面あり】

# 出席届

## 【医師記入欄】

学校名 \_\_\_\_\_

学校長 殿 \_\_\_\_\_

貴校の(氏名) \_\_\_\_\_ は感染症 ( \_\_\_\_\_ ) で治療中でしたが、

〔※氏名のみ保護者が記入可〕

登校可能と認められましたので、下記のとおり証明いたします。

出席停止の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

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

医療機関名 \_\_\_\_\_

電 話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

## ご診察をいただいた先生へ

板橋区医師会のご厚意で、板橋区医師会所属の医療機関では出席届にかかる文書料は無料となっております。ご配慮のほど、よろしくお願いいたします。(大学病院等一部医療機関では有料の場合もあります)

## 【保護者記入欄】

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 児童・生徒名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

【裏面あり】