

出席停止のお知らせ

年 組 番

保護者様

静岡大成中学校高等学校長

お子様は、下記の疾病（○印）にかかっているか、または疑いがあります。つきましては、学校保健安全法第19条の規定により、医師の許可があるまで登校を控えて下さい。治りましたら下記の証明書に医師の証明・押印をいただいてクラス担任へ提出して下さい。

記

| 病名又は疑い | 学校を休ませたい期間 |
|-----------------|---|
| 1. 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 |
| 2. 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 |
| 3. 麻疹 | 解熱した後、3日経過するまで |
| 4. 流行性耳下腺炎 | 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 |
| 5. 風疹 | 発疹が消失するまで |
| 6. 水痘 | すべての発疹が痂皮化するまで |
| 7. 咽頭結膜熱 | 主要症状が消退した後、2日を経過するまで |
| 8. 結核 | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 9. 髄膜炎菌性髄膜炎 | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 10. コレラ | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 11. 細菌性赤痢 | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 12. 腸管出血性大腸炎感染症 | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 13. 腸チフス | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 14. パラチフス | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 15. 流行性角結膜炎 | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 16. 急性出血性結膜炎 | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |
| 17. その他（ ） | 症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで |

証 明 書 NO.

| | | |
|---------------|-------------|------------|
| 出席を停止した生徒名 | | 第 学年 組 |
| 保護者名 | | S・H 年 月 日生 |
| 住所 | | |
| ※出席停止を指示した年月日 | 令和 年 月 日 | |
| ※出席を停止した理由 | | |
| ※出席停止期間 | 令和 年 月 日 より | 月 日まで |

静岡大成中学校高等学校長 様

令和 年 月 日

医 師 住所
氏名

印