

学校長 様

柏崎市立 学校

年 組

児童生徒氏名

療養解除届

上記の者は、以下により療養等をしておりましたが、出席停止期間を経過しましたので本届を提出します。

該当に○	病名	出席停止期間の基準
	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
	新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状軽快後1日を経過するまで

発症日	令和 年 月 日
解熱した日 *インフルエンザの場合に記入	令和 年 月 日
症状が軽快した日 *新型コロナウイルス感染症の場合に記入	令和 年 月 日
登校開始日	令和 年 月 日

令和 年 月 日

保護者氏名

保護者の方へ

- ・インフルエンザ及び新型コロナ感染症は、学校保健安全法施行規則により出席停止期間の基準が定められています。この間は他の人に感染させる恐れがあるため、登校することはできません。(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ときは、この限りではありません。)
- ・出席停止期間の数え方については裏面を参考にしてください。
- ・本届は、保護者等が記入するものです。医療機関に記入を求めないでください。
- ・療養後登校するに当たっては、診断時に医師から再受診の指示があった場合は、それに従ってください。

〈出席停止期間の数え方〉

新型コロナウイルス感染症の場合

〈例1〉 5/17から登校可能							〈例2〉 5/19から登校可能								
5/11	5/12	5/13	5/14	5/15	5/16	5/17	5/11	5/12	5/13	5/14	5/15	5/16	5/17	5/18	5/19
0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
発症							発症								
			0日目	1日目									0日目	1日目	
			症状軽快										症状軽快		

インフルエンザの場合

〈例1〉 5/17から登校可能							〈例2〉 5/19から登校可能								
5/11	5/12	5/13	5/14	5/15	5/16	5/17	5/11	5/12	5/13	5/14	5/15	5/16	5/17	5/18	5/19
0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
発症							発症								
			0日目	1日目	2日目							0日目	1日目	2日目	
			解熱									解熱			

年 月 日

保護者様

年 組

氏名

さん

学校長

学校感染症による出席停止について（お知らせ）

お子さんがかかっている（と思われる）下記の病気は学校保健安全法により、学校における感染症として指定されています。他の児童生徒にうつるおそれのある期間は、出席停止となり登校できません。

必ず医師の診断を受け、医師から登校しても良いと言われたら、下記「登校許可証」を記入してもらい、登校してください。（出席停止の期間は、欠席になりません。）

区分	病名又は状況（該当を○で示す）	出席停止の期間の基準
第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルク病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群、特定鳥インフルエンザ	治癒するまで
第2種	インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く） ※療養解除届による	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	解熱した後3日を経過するまで
	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
	風しん	発疹が消失するまで
	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
	新型コロナウイルス感染症 ※療養解除届による	発症した後5日を経過し、かつ、症状軽快後1日を経過するまで
	結核	感染のおそれなくなるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれなくなるまで
第3種	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 その他の感染症 ・溶連菌感染症 ・（ ）	感染のおそれなくなるまで

-----（切り離さないこと）-----

登 校 許 可 証

上記の疾病については、感染症予防上に支障がないので、登校しても差し支えありません。

- 1 診 断 日 年 月 日
 2 登校してもよいと認められる年月日 年 月 日から
 年 月 日

医 師 住所

氏名

主治医から、登校許可が得られましたので届け出ます。

保護者 住所

氏名

柏崎市立

学校長 様