

令和 年 月 日

保護者 殿  
年組 氏名 さん

亘理町立高屋小学校  
校長 三品 秀樹

### 出席停止のお知らせ

お子さんは、下記の感染症にかかっているか、かかっている疑いがあり、またはかかるおそれがあります。集団生活における流行を防ぐため、学校保健安全法19条の規定により、出席の停止を指示いたします。出席停止の期間中は療養に専念し、ご家庭で安静にされますようお願ひいたします。

該当	病名	出席停止期間
	インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く。)	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。
	麻しん	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)	耳下腺、頸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	発しんが消失するまで。
	水痘(水ぼうそう)	全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	発症した翌日から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。
	感染性胃腸炎	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。
	溶連菌感染症	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。

- 下記の欄に保護者の方がご記入の上、登校後にご提出ください。
- 出席停止期間は連絡のあった日からとします。この期間は欠席の取扱いはしません。

(切り取らないでご使用ください。)

亘理町立高屋小学校長 殿

登校願い

出席停止期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
--------	---------------------

学校において予防すべき感染症( )が治癒し、医師判断の登校可能と認められましたので登校させます。

令和 年 月 日

受診した医療機関名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_