

登校許可証（出席停止解除願い）

中野区立_____小・中学校長 様

貴校児童・生徒 ____年____組 氏名_____の、

病 名_____は、

感染のおそれがなくなったため、登校を許可する。

出席停止期間 _____月 _____日 ~ _____月 _____日

年 月 日

医療機関名_____

医師名_____印

上記のとおり医師の許可がおりたので、出席停止の解除をお願いします。

年 月 日

住 所_____

保護者名_____印

※ 学校名、児童・生徒名は学校で記入し配布する。

（裏面：出席停止の期間の基準）

学校感染症とその出席停止期間

学校保健安全法施行規則により、下記の感染症にかかった場合は、出席停止の扱いになります。

* 出席停止の場合は、欠席扱いになりません。

令和2年2月現在

	感染症の種類	出席停止の期間の基準
第1種	<ul style="list-style-type: none"> エボラ出血熱 痘そう マールブルグ病 急性灰白髄炎（ポリオ） 重症急性呼吸器症候群（SARSコロナウイルスに限る） 中東呼吸器症候群（MERSコロナウイルスに限る） 特定鳥インフルエンザ 及び新型インフルエンザ等感染症 	全種類、治癒するまで
第2種	<ul style="list-style-type: none"> インフルエンザ（特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く） 百日咳 麻疹（はしか） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 風しん（三日はしか） 水痘（水ぼうそう） 咽頭結膜熱（プール熱） 結核、髄膜炎菌性髄膜炎 	<ul style="list-style-type: none"> 発症後5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児は3日）を経過するまで 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 解熱した後3日を経過するまで 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 発疹が消失するまで すべての発疹が痂皮化するまで 主要症状が消退した後2日を経過するまで 症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 <p>【注意】 ただし、結核、髄膜炎菌性髄膜炎を除く第2種の感染症については、病状により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。</p>
第3種	<ul style="list-style-type: none"> コレラ 腸管出血性大腸菌感染症 パラチフス 急性出血性結膜炎 その他の感染症 感染性胃腸炎、マイコプラズマ感染症 溶連菌感染症（しょうこう熱）など 	全種類、症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

* 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項から第9項までに規定する

「**新型インフルエンザ等感染症**」、「**指定感染症（新型コロナウイルス感染症含む）**」及び「**新感染症**」は第1種の感染症とみなします。