

学校感染症による出席停止届

天理幼稚園

()組 園児名 ()

保護者氏名 ()

お子さまが罹患した感染症と期間について、医師の診察をもとに、保護者の方がお書きください。

1. 診断日と医療機関名

令和 () 年 () 月 () 日 医療機関名 ()

2. 病名と出席停止期間の基準 (該当するものに○をしてください)

病名		出席停止期間の基準
☐	百日咳	特有の咳が消失するまで、または、5日間の適正な抗菌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 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日間の経過し、かつ、全身状態が良好となるまで□
☐	風疹	発疹が消失するまで
☐	水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化 (かひか) するまで
☐	溶連菌感染症	適正な抗菌剤治療開始後24時間を経て全身状態が良ければ登園可能
☐	咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
☐	手足口病	発熱を伴う急性期は出席停止、治療期は全身状態が良ければ登園可能
☐	伝染性紅斑 (リンゴ病)	発疹 (リンゴ病) のみで全身状態が良ければ登園可能
☐	ヘルパンギーナ	発熱を伴う急性期は出席停止、治療期は全身状態が良ければ登園可能
☐	マイコプラズマ感染症	急性期は出席停止、全身状態が良ければ登園可能
☐	感染性胃腸炎 (流行性嘔吐下痢症)	下痢・嘔吐症状が軽快し、全身状態が改善されれば登園可能
☐	その他 ()	

3. 出席停止期間 医師の診断結果と上記基準を目安にご記入ください

自 令和 年 月 日 ~ 至 年 月 日

※出席停止期間の判断に迷われましたら、診断を受けた医療機関等にご相談ください。