

校長	管理職	養護	担任

## 登校届 (保護者記入)

城星学園小学校 校長様

年 組 番・児童名 \_\_\_\_\_

\* 該当疾患に印をお願いします。出席停止期間については「学校感染症 登校のめやす」をご参照ください。

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ(A型・B型)	<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/>	風疹(3日ばしか)	<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	ウイルス性腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス等)
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)	<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	流行性角膜炎	<input type="checkbox"/>	その他( )

上記(印)の感染症に罹患し、(医療機関名または医師名) \_\_\_\_\_ にて  
受診いたしました。

病状が回復し、感染のおそれ等がなく、集団生活に支障がないと判断されましたので、

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( )より登校いたします。

◆ 出席停止期間: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (登校前日)

※ 水泳入水許可は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~ と判断されています。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日提出

保護者署名 \_\_\_\_\_

保護者の皆さまへ

小学校は、児童が集団で長時間過ごす場所です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぎ、一人ひとりの子どもが一日快適に過ごすことができるよう、上記の感染症については登校のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登校届の記入及び提出をお願いいたします。

## 学校感染症 登校のめやす

感染症名	出席停止期間の基準
インフルエンザ(A型・B型)	発症した後5日(発症日を0とする)を経過し、かつ、 <u>解熱した後2日(解熱した日を0日とする)を経過していること</u>
新型コロナウイルス感染症	発症した後5日(発症日を0とする)を経過し、かつ、 <u>症状が軽快した後1日経過していること</u>
麻疹(はしか)	解熱後 <u>(解熱した日を0日とする)3日経過していること</u>
風しん(3日ばしか)	発しんが消失していること
水痘(水ぼうそう)	すべての発しんが痂皮化した後
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日を経過し、かつ全身状態が良好になっていること
結核	医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱(プール熱)	発熱・充血等の主な症状が消失していた後2日経過していること
百日咳	特有の咳が消失していること。または適正な抗菌薬による5日間の治療が終了していること
溶連菌感染症	適切な抗菌薬による治療開始後24時間が経過していること
腸管出血性大腸菌感染症	医師により感染の恐れがないと認められていること
マイコプラズマ肺炎	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑(りんご病)	症状が回復し、全身状態が良好になっていること
ウイルス性腸炎 (ノロウイルス、ロタウイルス等)	下痢・嘔吐等の症状が治まり、普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること

参考資料:「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説」  
(日本小児科学会 予防接種・感染症対策委員会)