

平成 年 月 日

普通科 年 組
保護者様

鳥取敬愛高等学校長

出席停止のお知らせ及び登校許可について

学校伝染病感染のため、学校保健法にもとづき学校を休まれますようお知らせします。この期間は、欠席扱いではありません。なるべく外出をさけ、安静に過ごしてください。

※登校の際には、医師に下記を記載していただき、学級担任へ提出ください。

【 学校記入欄 】 出席停止期間・・・平成 年 月 日 () から医師の許可があるまで

記

【 医師記入欄 】

○をつける	病 名	出席停止期間
	第一種伝染病 () 新感染症予防法の一類感染症・二類感染症です。	治癒するまで
	インフルエンザ (A・B・不明) ※型が分かれば○をお願いします。	発症した後5日を経過し、かつ、解熱後 2日経過するまで
	百日咳	特有な咳の消失まで又は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 (はしか)	解熱後3日経過するまで
	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
	風疹 (三日ばしか)	発疹が消失するまで
	水痘 (水ぼうそう)	全ての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱 (プール熱)	主要症状消失後2日経過するまで
	結核	感染の恐れがないと確認するまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがないと確認するまで
	腸管出血性大腸菌感染症	感染の恐れがないと確認するまで
	流行性角結膜炎	感染の恐れがないと確認するまで
	急性出血性結膜炎	感染の恐れがないと確認するまで
	溶連菌感染症	適正な抗菌剤治療開始後 24 時間を経過し全身状態が良好になるまで
	その他 ()	

出席に支障がないものと認めたので、 月 日より登校を許可します。

平成 年 月 日

医師名 _____