

保護者 様

文星芸術大学附属高等学校長 上 野 敬 子

出席停止について（通知）

学校保健安全法第 19 条の規定により、生徒が「学校感染症」に罹患した場合は、医師の許可が出るまで出席停止の措置をとることになっています。

出席停止の期間は、医師の指示に従って充分休養するとともに、感染予防に努めてください。

また、他の生徒への感染のおそれがなくなり、登校できるようになりましたら、医師の「学校感染症治癒証明書」を提出してください。

ただし、医師に記入していただくことが難しい場合には、下の「学校感染症に関する登校申出書」に、病名や出席停止期間を医師に確認したうえで、保護者が記入・押印して提出してください。

学校感染症に関する登校申出書

生徒名： _____ 年 _____ 組 _____ 番 氏名 _____

1 感染症名（下記感染症の該当欄にレ印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> その他(_____)

2 症状の発現等

発症した日時	月 日 時頃
症 状	

3 受診した医療機関等

受診した日時	月 日 時頃
医療機関名	
医師からの指示事項等	月 日から登校が可能であると指示されました。

医師からの指示に基づき、本日より登校させることといたします。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

主治医 様

文星芸術大学附属高等学校長 上 野 敬 子

「学校感染症」の治癒証明書記入について（依頼）

学校保健安全法第 19 条の規定により、生徒が「学校感染症」に罹患した場合は、医師の許可が出るまで出席停止の措置をとることになっています。

ご多忙中のところお手数ですが、下記証明書にご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

学校感染症治癒証明書

氏 名： _____

上記の者は、下記感染症が治癒し、感染症予防上登校しても支障ないことを証明します。

1 感染症名（下記感染症の該当欄にレ印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> その他()

2 出席停止期間

上記の感染症により、 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日の出席停止が妥当であったことを証明します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・住所

医師名 _____ 印