

部 課程 年 さん  
保護者様

静岡県立富士特別支援学校長

出席停止のお知らせ

月 日 (保護者記入) に下記感染症にかかっているか、その疑いがあると診断されたため、  
月 日 (学校記入) から出席停止とします。

	疾病名	停止期間
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群、特定鳥インフルエンザ	治癒するまで
第二種	百日咳	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 *1
	麻疹	解熱した後3日を経過するまで *1
	流行性耳下腺炎	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 *1
	風しん	発しんが消失するまで *1
	水痘	すべての発しんが痂皮化するまで *1
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで *1
	結核 髄膜炎菌性髄膜炎	病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
第三種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他 ( )	

\*1 もしくは、病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。

登校許可証 (医療機関記入)

- 1 病 名 \_\_\_\_\_
- 2 停止期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 まで出席停止とする (翌日から登校可能とする)
- 3 指導事項 \_\_\_\_\_

上記について、感染のおそれがないため登校可能とします。

年 月 日 医療機関名  
医 師 名