

学校感染症の対応について



学校保健安全法施行規則により定められた学校感染症(資料1)に罹った場合は、「出席停止」となります。(欠席ではありません。)医療機関で、インフルエンザ等の学校感染症と診断を受けた場合は、学校へ連絡し、医師の指示に従ってください。また、登校前に発熱している場合や、インフルエンザや結膜炎等の感染症の可能性のある場合には、感染症の蔓延を回避するためにも学校に連絡後、速やかに医療機関を受診して下さい。登校後、インフルエンザや流行性結膜炎等の感染症の可能性のある場合には、保健室で症状を確認し、状況によっては早退等の措置をとります。ご理解、ご協力いただけますようよろしくお願い致します。

学校感染症に対する対応

1. 学校感染症の可能性があり欠席する場合、または医療機関を受診し学校感染症の診断を受けた場合は速やかに学校へ連絡してください。(☎098-972-3287)
2. 治癒して登校する際は、**原則として医師による「治癒証明書(診断書)」**が必要です。(医療機関の診断書でも差し支えありません。)

※インフルエンザの場合※

「インフルエンザ快復届」に必要事項を保護者が記入し、医療機関を受診時の処方せん説明書または領収書等のコピーを添付し提出して下さい。

※インフルエンザの場合は、治癒証明書(診断書)は必要ありません。

様式2【保護者が記入し、快復し登校する際に生徒が担任へ提出して下さい。】

県立具志川商業高等学校長

インフルエンザ快復届

年 組 番 氏 名 _____

1. 症状出現日: _____ 月 _____ 日
2. 下記の医療機関で インフルエンザ (A型、B型、診断)

受診月日: _____ 月 _____ 日

医療機関名: _____

医療機関受診時の、調剤説明書または領収書等のコピーを添付して提出して下さい。

3. 検温結果

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願いいたします。

体温測定月日時	測定時間: 体温	測定時間: 体温
月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
~~~中略~~~		
月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度
月 日	午前 時 分: 度	午後 時 分: 度

(発熱期間が長く、解熱2日が記録できない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください。)

平成 年 月 日

保護者氏名: _____ 印

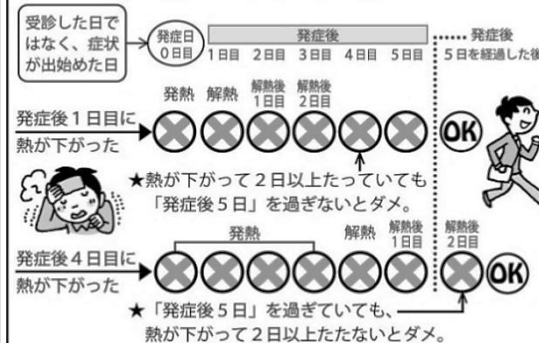
#### 早わかり

#### インフルエンザの出席停止期間

インフルエンザと診断された場合の出席停止の期間は、法律[※]で次のように定められています。

発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日(幼児にあっては、3日)を経過するまで

#### ●実際の例で考えてみると…●



※学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令(平成24年文部科学省令第11号)

解熱後2日を経過しているか確認します。検温して記入しましょう。

◎快復し登校する時に提出です  
快復届及び病院受診証明書類が未提出の場合は、出席停止ではなく病欠となります。必ず提出下さい。

様式1【医療機関にて記入してもらい、治癒または快復し登校する際に生徒が担任へ提出して下さい。】  
医療機関の診断書でも差し支えありません。

県立具志川商業高等学校長

## 診 断 書 (治癒・快復証明書)

具志川商業高等学校 年 組 番 氏名

生 年 月 日 平 成 年 月 日 生まれ

【 診 断 名 】

【出席停止期間・配慮事項等】

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

ご高診ありがとうございました。学校での保健管理に役立てたいと思います。

担任記入欄：出席停止開始日_____・快復後登校した日_____

様式2【保護者が記入し、快復し登校する際に生徒が担任へ提出して下さい。】

県立具志川商業高等学校長

## インフルエンザ快復届

年 組 番 氏 名

1. 症状出現日： _____ 月 _____ 日

2. 下記の医療機関で インフルエンザ ( A型・B型 ) ※○印して下さい。

と診断されました。

受診月日： _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

受診時の、調剤説明書または、領収書等のコピーを添付して下さい。

### 3. 検温結果

下記のとおり、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過しましたので、出席停止措置の中止をお願いいたします。

体温測定月日時	測定時間：体温	測定時間：体温
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度
月 日	午前 時 分： 度	午後 時 分： 度

(発熱期間が長く、解熱2日が記録できない場合は、

裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどしてください。)

平成 年 月 日

保護者氏名：

印

※インフルエンザ症状(発熱・悪寒・咽頭痛・咳・倦怠感・関節痛等)が続くようであれば、病院受診をして下さいますようお願いいたします。学校において感染拡大を防ぐため受診結果は、学校へ連絡して下さいます。

担任記入欄：出席停止開始日 _____ ・快復後登校した日 _____