

※保護者が御記入ください。

令和 年 月 日

出席停止届出書

愛媛県立宇和特別支援学校長様

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

下記(該当する感染症名に☑又は記入)の事由により、医師から必要な期間登校を控えるよう診断されましたのでお知らせします。

病 名	出 席 停 止 期 間
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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始まった後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
<input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか)	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が、かさぶたになるまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	おもな症状がなくなった後、2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 病名	学校感染症 第一種：治癒するまで " 第二種：各疾患の規定による " 第三種：感染の恐れがなくなるまで ※学校感染症と出席停止の基準については裏面参照
家庭療養した期間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()
受診した医療機関名	
主治医の指導内容	

※必ず医療機関を受診し、医師の診断を受けてください。領収書や薬の説明書等にて病院受診を確認させていただきますので、担任へ提示をお願いします。

学校記入欄

愛媛県立宇和特別支援学校						
上記の疾患により、出席停止の取扱いをするものとする。	校 長	教 頭	教務課長	部主事	養護教諭	担 任
部 年 組 氏名						
出席停止期間 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()						
受 診 状 況 確 認 者			印			

※回覧後保健室保管