

平成 年 月 日

保 護 者 様

清 心 中 学 校  
清 心 女 子 高 等 学 校  
校 長 三 宅 聖 子

## 出 席 停 止 に つ い て

本日、お子様が罹患されたと連絡を受けました。

この感染症は学校保健安全法第19条の規定により出席停止の取り扱いをいたします。学校での感染症の流行を防ぐために、医師の指示する期間は、登校できないことになっています。この期間は欠席扱いになりませんので治療に専念してください。疾病が治癒しましたら、右の医師の証明書を持参のうえ登校してください。

(伝染病の種類) 学校保健安全法施行規則

第18条 学校において予防すべき伝染病の種類は次のとおりとする。

- 一 第1種 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血ペスト、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（病原体がSARSコロナウィルスであるものに限る）鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウィルスA属インフルエンザAウィルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る）新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症
- 二 第2種 インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1を除く）、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱及び結核
- 三 第3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、その他の感染症

※中央破線で切り取り、右半分を提出してください。

# 治 癒 証 明 書

清心中学校・清心女子高等学校 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_組 \_\_\_\_\_番

名前 \_\_\_\_\_

病 名 : \_\_\_\_\_

学校へ登校すべきでない期間 :

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( \_\_\_\_\_曜)から

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日( \_\_\_\_\_曜)まで

学校生活上の注意事項・その他連絡事項等があればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

上記の通り証明します。

平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住 所 : \_\_\_\_\_

医師氏名 : \_\_\_\_\_ 印