

感 染 症 治 ゆ 届

この治ゆ届は、保護者が記入してください。医療機関の証明は必要ありません。

生徒名 (年 組)

感染症名 該当するものに○または、記入をしてください。

- 1、インフルエンザ (A ・ B ・ 不明)
2、新型コロナウイルス感染症
3、その他 ()

症状 該当するものに○または、記入をしてください。

- 1、発熱 (. °C) 2、頭痛 3、倦怠感
4、咳 5、咽頭痛 6、下痢 7、腹痛
8、嘔吐 9、その他 ()

休んだ期間 月 日 ~ 月 日まで 日間 (* 1)

医療機関名 (* 2)

保護者名

出席停止期間について

感 染 症 名	出 席 停 止 期 間 * 1
インフルエンザ	発 症 後 5 日 を 経 過 、 かつ 解 熱 後 2 日 を 経 過 する まで です。
新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス 感 染 症 * 3	発 症 後 5 日 を 経 過 、 かつ 症 状 軽 快 後 1 日 を 経 過 する まで です。
そ の 他 * 4	が っ こ う い そ う だ ん う え か ん せ ん じ ょ う き ょ う とう が っ こ う ち ょ う ひ つ よ う 学 校 医 と 相 談 の 上 、 感 染 状 況 等 に よ り 学 校 長 が 必 要 と け っ て い か ん せ ん し ょ う て い し ゆ つ ね が 決 定 し た 感 染 症 に つ い て は 、 提 出 を お 願 い し ま す 。

* 1 期 間 は 「 発 症 し た 日 」 を 0 日 と し て 数 え ま す 。

* 2 ご 家 庭 で 新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス 感 染 症 検 査 キ ャ ッ ト に よ り 陽 性 の 場 合 は 、 医 療 機 関 名 の 欄 に そ の 旨 を ご 記 入 く だ さ い 。

* 3 発 症 か ら 10 日 間 が 経 過 す る ま で は 、 ウ イ ル ス 排 出 の 可 能 性 が あ る こ と か ら 、 周 り の 方 へ の 配 慮 と し て マ ス ク の 着 用 を 推 奨 い た し ま す 。

* 4 「 そ の 他 の 感 染 症 」 と し て 扱 う 疾 病 に つ い て は 、 当 面 本 市 に お い て は 、 流 行 ・ 蔓 延 又 は そ の 恐 れ が あ る 場 合 に 、 学 校 医 及 び 関 係 機 関 と 協 議 を し ま す 。