

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。

児童生徒名 (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 他 * 4	学 校 医 と 相 談 の 上 、 感 染 状 況 等 に よ り 学 校 長 が 必 要 と 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。