

保護者様

学校保健安全法施行規則に規定する学校感染症に罹患した場合は、担任へご連絡いただき、医師の指示に従い療養してください。療養後、この「学校感染症に関する出席停止の届」を**保護者が記入・押印**の上、医療機関の受診を証明する書類（診療報酬明細書・調剤明細書などの患者名・受診日・医療機関名・処方薬剤名等が分かるもの）の**コピーを添付**して、登校再開時に担任へご提出ください。**登校再開については、必ず医師の指示に従ってください。**

※医師の治癒証明書等の提出は不要ですが、**学校長の判断により医師の証明書を提出していただく場合があります**（文書料がかかる場合があります）。なお、この取り扱いに変更がある場合は、別途お知らせします。

学校感染症に関する出席停止の届

大谷中学校・高等学校 学校長 様

中学 ・ 高校 年 組 番 生徒名

※診断された感染症名に○印、または感染症名を記入してください。

第2種	インフルエンザ（A・B型）	新型コロナウイルス感染症	百日咳
	麻疹	流行性耳下腺炎	風しん
	水痘	咽頭結膜熱	結核
	髄膜炎菌性髄膜炎		
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()	

発症日 令和 年 月 日

受診日 令和 年 月 日

出席停止期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

※出席停止基準に基づき、医師より登校を控えるように指示された期間をご記入ください。

受診医療機関名 _____

上記の通り、学校感染症に罹患し療養していましたので報告します。
また、出席停止期間が終了し、感染症の予防上支障がないと思われますので登校を再開します。

令和 年 月 日

保護者名 _____ (印)

[学校処理欄]

校長	教頭	教務部長	教務主任	学年主任	学級担任

→ 保健室
コピー提出