

保護者様

園児名

認定こども園
リーチェル幼稚園
園長 足立武裕

学校伝染病による出席停止のお知らせ

お子様は、下記の疾病(○印)にかかっているか、またその疑いがあります。つきましては、学校保健法12条の規定により、出席停止をしてください。なお、病気がなおりましたら、下の登園許可証明書に医師に記入してもらい、幼稚園へご提出ください。

記

| 種 | ○印 | 伝染病名 | 出席停止の期間の基準 (ただし、疾病により医師が伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではない) |
|---|------------|-------------------|--|
| 1 | | 病名() | 完全に治癒するまで。 |
| 2 | | インフルエンザ | 発症したあと5日を経過し、解熱した後3日を経過するまで。 |
| | | 百日咳 | 特有の咳が消失するまで。 |
| | | 麻疹(はしか) | 解熱した後3日を経過するまで。 |
| | | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 耳下腺の腫脹が消失するまで。 |
| | | 風疹(三日ばしか) | 発疹が消失するまで。 |
| | | 水痘(水ぼうそう) | すべての発疹が痂皮化するまで。 |
| | | 咽頭結膜炎(プール熱) | 主要症状が消退した後2日を経過するまで。 |
| | | 結核 | 病状により医師が伝染のおそれがないと認めるまで。 |
| 3 | | 髄膜炎菌性髄膜炎 | 病状により医師が伝染のおそれがないと認めるまで。 |
| | | コレラ | 病状により医師が伝染のおそれがないと認めるまで。 |
| | | 細菌性赤痢 | |
| | | 腸管出血性大腸菌感染症(O157) | |
| | | 腸チフス | |
| | | パラチフス | |
| | | 流行性角結膜炎 | |
| | | 急性出血性結膜炎 | |
| | | 溶蓮菌感染症 | 病状により医師が伝染のおそれがないと認めるまで。 ※条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる疾患です |
| | | 伝染性紅斑(りんご病) | |
| | | 伝染性膿痂疹(とびひ) | |
| | | ウイルス性肝炎 | |
| | | 手足口病 | |
| | | ヘルパンギーナ | |
| | | 流行性嘔吐下痢症 | |
| | | アタマジラミ | |
| | | 伝染性軟属腫(水いぼ) | |
| | マイコプラズマ感染症 | | |

(参考) 学校保健安全法12条、「校長(園長)は、伝染病にかかっており、かかっている疑いがあり、又はかかるおそれのある児童、生徒、学生又は幼児があるときは、政令で定めるところにより、出席を停止させることができる。」

認定こども園リーチェル幼稚園園長様 登園許可証明書

病名
(保護者記入)組 氏名
(保護者記入)

治療期間 月 日から 月 日まで

上記の者の病気は伝染するおそれなくなりましたので、 月 日より登園許可します。

平成 年 月 日

医師名

印