

インフルエンザ出席停止期間について

病院でインフルエンザの診断を受けた場合、インフルエンザの疑いがある場合は、学校保健安全法第 19 条の規定により出席停止の措置を講じます。速やかに学校までご一報をお願い申し上げます。インフルエンザ出席停止基準は「発症した後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日を経過するまで」です。学校を休んだ期間は、出席停止の取り扱いになり、欠席にはなりません。ホームページ上から「登校願い」をダウンロードできるようにしました。医師に、登校可能時期を確認し、保護者の方が「登校願い」を記入・捺印のうえ、登校時にお子様に持たせてください。また、ダウンロードできない場合は、封書でお渡しいたしますので、登校時に担任または養護教諭にお申し付けください。

インフルエンザ出席停止期間早見表

		発症日	発症後							
		0日目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
例 1	発症後 1 日目に解熱した場合 (最低基準)	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	発症後 4日目	発症後 5日目			
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能		
例 2	発症後 2 日目に解熱した場合	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	発症後 5日目			
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能		
例 3	発症後 3 日目に解熱した場合	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目			
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能		
例 4	発症後 4 日目に解熱した場合	発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目		
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能	
例 5	発症後 5 日目に解熱した場合	発熱	発熱	発熱	発熱	発熱	解熱	解熱後 1日目	解熱後 2日目	
		出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	出席停止	登校可能

※発症日(0日目)は、病院を受診した日ではなく、インフルエンザの症状(38℃程度の発熱等)が始まった日とします。病院受診時に医師に発症日を相談、確認してください。

抗インフルエンザ薬の効果で熱が下がっても、インフルエンザウイルスの感染力はしばらくの間残っています。出席停止期間に従い、感染力がなくなるまで登校を控えることで、インフルエンザのまん延を防ぐことができます。また、出席停止期間が過ぎても体調が戻らないときは元気に学校生活を送れるまでしっかり治してから登校しましょう。

保護者 様

仙台市立五橋中学校
校長 岡崎 徹

出席停止について(お願い)

学校保健安全法第19条により、学校において予防すべき感染症にかかった場合、本人の速やかな治癒と他への感染防止のため、出席停止の措置をとることになっております。お子様が医師より指定された感染症と診断された場合は、医師の指示のもとご家庭で十分休養させてください。

なお、登校の際には下記の登校願いを保護者の方が記入し、担任まで提出してください。

〈 学校において予防すべき感染症と出席停止基準期間 〉

	病 名	期 間
第二種	インフルエンザ (鳥インフルエンザ 及び 新型インフルエンザ等感染症を除く)	発症後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	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、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで
	水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が、痂皮化するまで
	咽頭結膜熱(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	医師において感染の恐れがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染の恐れがないと認めるまで
第三種	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 ()	医師において感染の恐れがないと認めるまで

※ 感染性胃腸炎、溶連菌感染症などは、学校で流行が起こった場合にその流行を防ぐため、必要に応じて校長が学校医の意見を聞き、第三種「その他の感染症」として出席停止にすることがあります。

登 校 願 い

仙台市立五橋中学校長 様

年 組 氏名

診 断 名 : _____

* インフルエンザの場合は、『A型』『B型』も記入のこと

出席停止期間 : 平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()

以上により加療・治癒したことを報告いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

保護者氏名

