令和　　年　　月　　日

保護者　殿

愛知県立春日井西高等学校
校　長　大谷　弘直

出席停止について

学校保健安全法第 19 条の規定に基づいて、下記により出席停止といたします。つきましては、ご家庭において医師と相談のうえ、適切な処置をとられますようご配慮ください。この期間は、欠席扱いになりません。治療に専念していただきますようお願いします。

なお、登校する際は下記の報告書を保護者により記入し、担任に提出してください。

記

学校において予防すべき感染症の種類は次のとおりです。(学校保健安全法施行規則第 18 条)

種類	感染症名
第１種	○エボラ出血熱　○クリミア・コンゴ出血熱　○痘そう　○南米出血熱　○ペスト　　○マールブルグ病　○ラッサ熱　○急性灰白髄炎　○ジフテリア　○ＳＡＲＳ・ＭＥＲＳ　○特定鳥インフルエンザ　○新型インフルエンザ等感染症（新型コロナウイルス感染症）
第２種	○インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）　○百日咳　○麻疹 ○流行性耳下腺炎　○風疹　○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　○その他の伝染病※

※学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症の「その他の感染症」として緊急的に措置をとることができる。「その他の感染症」として出席停止の指示をするかどうかは、感染症の種類や各地域、学校における感染症の発生･流行の態様等を考慮の上で判断する必要があり、あらかじめ特定の疾患を定めてあるものではない。

【　報告書　】

愛知県立春日井西高等学校長　殿

年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　□病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜新型コロナウイルス感染症関連の出席停止＞※当てはまる欠席理由の四角にレ点を打ってください。

□新型コロナウイルス感染症の感染が判明した者（陽性者）

□濃厚接触者

□発熱、咽頭痛、咳等の普段と異なる症状がみられる者

□非常変災等生徒又は保護者の責任に帰することができない事由で欠席した場合など、校長が出席しなくてもよいと認めたもの　欠席理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　出席停止期間　　月　　日　～　　月　　日まで安静加療中でした

3　医療機関名（保健所名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4　受診日　　令和　　年　　月　　日

5　その他特記事項（医療機関や保健所等から指導があった場合は、その内容をお書きください）

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿