

令和 年 月 日

保護者 各位

世田谷区立桜町小学校
学校長 中村 泰之

出席停止のお知らせ

お子さんは、このたびインフルエンザ（インフルエンザ様疾患）にかかっているとのご連絡をいただきました。

つきましては、主治医から登校許可が出るまで出席停止となりますので、お知らせします。

出席停止はお子様に必要な休養を与え、早期に治癒させるため、また、他の児童生徒への感染を防ぐためのもので、この期間中は「欠席」の取扱いとはなりません。

元気に登校されることをお待ちしております。

なお、回復し主治医から登校が許可されましたら、以下の「出席停止解除願」を保護者がご記入のうえ、ご提出ください。（医療機関での証明は不要）

_____ キ _____ リ _____ ト _____ リ _____

世田谷区立 _____ 学校長 あて

出席停止解除願

【診断名】 **インフルエンザ** 【受診日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

[A型・B型・未判定など]

※いずれかに○を記入

【医療機関名】 _____

【登校可能日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登校許可

	発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
日付を記入→	/	/	/	/	/	/	/	/	/
解熱した日に○→									

※発症日の翌日から1日目と数える。

インフルエンザにて欠席していましたが、学校保健安全法施行規則に基づき、上記のとおり **発症日から5日を経過しかつ解熱した後2日を経過**し、医師に登校可能を確認しましたので、出席停止を解除願います。

令和 年 月 日

_____ 年 _____ 組 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

令和 年 月 日

保護者 各位

世田谷区立桜町小学校
学校長 中村 泰之

出席停止のお知らせ

このたび、お子さまは 新型コロナウイルス感染症 にかかっていると報告がありました。学校保健安全法施行規則に基づき、治癒するまで出席停止といたします。なお、この期間中は「欠席」の取扱いとはなりません。

元気に登校されることをお待ちしております。

なお、回復し登校可能になりましたら「出席停止解除願」を **保護者をご記入** のうえ、ご提出ください。(医療機関での証明は不要)

_____ キ _____ リ _____ ト _____ リ _____
世田谷区立 _____ 学校長・園長 あて

出席停止解除願

【診断名】 **新型コロナウイルス感染症** 【受診日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医療機関に登校可能と言われた日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医療機関名】 _____

発症日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
日付を記入→	/	/	/	/	/	/	/
症状が軽快した日に○→							

※発症日の翌日から1日目と数える。

新型コロナウイルス感染症にて欠席していましたが、学校保健安全法施行規則に基づき、上記のとおり **発症日した後5日を経過し、かつ、症状が軽快※した後1日を経過** し、医師に登校可能を確認しましたので、出席停止を解除願います。

※解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にある状態

令和 年 月 日

_____ 年 _____ 組 お子さまの氏名 _____

保護者氏名 _____

保護者 各位

世田谷区立桜町小学校
学校長 中村 泰之

出席停止のお知らせ

お子さんは、このたび _____ にかかっているとのご連絡をいただきました。

つきましては、主治医から登校許可が出るまで出席停止となりますので、お知らせします。

出席停止はお子様に必要な休養を与え、早期に治癒させるため、また、他の児童生徒への感染を防ぐためのもで、この期間中は「欠席」の取扱いとはなりません。

元気に登校されることをお待ちしております。

なお、回復し主治医から登校が許可されましたら、以下の「出席停止解除願」を保護者がご記入のうえ、ご提出ください。(医療機関での証明は不要)

出席停止となる主な感染症		
百日咳	結核	伝染性紅斑（りんご病）
麻疹（はしか）	髄膜炎菌髄膜炎	マイコプラズマ感染症
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	腸管出血性大腸菌感染症	感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、消化器の風邪など）
風疹	流行性角結膜炎	
水痘（みずぼうそう）	溶連菌感染症	ヘルパンギーナ
咽頭結膜熱（プール熱）	手足口病	アデノウイルス感染症

_____ キ _____ リ _____ ト _____ リ _____

世田谷区立 _____ 学校長 あて

出席停止解除願

【診 断 名】 _____

【受診日（治癒確認日）】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【医療機関名】 _____

【登校可能日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登校許可

上記にて欠席していましたが、医療機関を受診し、学校保健安全法施行規則に基づき、医師に登校可能を確認しましたので、出席停止を解除願います。

令和 年 月 日

_____ 年 _____ 組 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____