

学校保健法に基づいて、お子様の出席停止を次のとおり指示します。

なお、登園する際には、下記の登園許可確認報告書に、医師に指示された日付を記入し、担任まで提出してください。

| (理由) | (期間) |
|----------------|--|
| 1 インフルエンザ | 発症した後5日を経過し、かつ解熱後3日を経過するまで。 または、医師の指示する日まで。 |
| 2 百日咳 | 特有の咳が消失するまで。または、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。または、医師の指示する日まで。 |
| 3 麻疹 | 解熱した後3日を経過するまで。または、医師の指示する日まで。 |
| 4 流行性耳下腺炎 | 耳下腺、顎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。または、医師の指示する日まで。 |
| 5 風疹 | 発疹が消失するまで。または、医師の指示する日まで。 |
| 6 水痘 | すべての発疹が痂皮化するまで。または、医師の指示する日まで。 |
| 7 咽頭結膜炎 | 主要症状が消退後2日を経過するまで、または医師の指示する日まで。 |
| 8 新型コロナウイルス感染症 | 発症後5日を経過し、かつ症状軽快後1日を経過するまで。 |
| 9 伝染性紅斑 | 医師の指示に従う。 |
| 10 手足口病 | 医師の指示に従う。 |
| 11 溶連菌感染症 | 医師の指示に従う。 |

※海老名市教育委員会では、学校において予防すべき感染症第三種中の「その他の感染症」に、伝染性紅斑、手足口病、溶連菌感染症を指定していますが、幼稚園も、これに準じた取扱いを行っています。

----- 切り取り線 -----

登園許可確認報告書

病名 (_____)

海老名幼稚園 _____ ぐみ _____ 名前 _____

上記疾患で、 _____ 月 _____ 日から、 _____ 月 _____ 日まで加療のところ、他への伝染のおそれがなくなり、 _____ 月 _____ 日から登園してよいことを医師より指示を受けましたので報告いたします。

受診病院名 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印 _____