

保護者 様

愛知県立にしお特別支援学校長

## 学校感染症による出席停止後の再登校について

日頃は、本校の教育に対し御理解と御協力をいただきありがとうございます。

さて、学校保健安全法第19条の規定による学校感染症（学校感染症の種類と出席停止期間参照）は感染の可能性がある期間は出席停止の措置をとることとなります。つきましては、医師または保健所により感染のおそれがないと認められ、再び登校を始める際は、下記のような手続きが必要となりますので、よろしくお願ひします。

医師または保健所からの指示を聞き取り、下記の「保護者からの報告書」に保護者の方で必要事項を御記入いただき、担任から養護教諭へ提出してください。

----- キ リ ト リ -----

### 保護者からの報告書

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

部 年 組 氏名

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 病 名    | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 百日咳<br><input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）<br><input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふく）<br><input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） | <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）<br><input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）<br><input type="checkbox"/> 結核<br><input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 出席停止期間 | 令和 年 月 日（ ）から令和 年 月 日（ ）  |   |
| 受診医療機関 |   |   |

※ 「病名」は、医師または保健所から告げられたものに✓をしてください。「その他」の場合は、（ ）に病名や理由の記入をお願いします。

※ 「出席停止期間」は、医師に指示された期間を記入してください。

※ 「受診医療機関」は、医療機関を受診した場合のみ記入してください。

令和 年 月 日

保護者氏名

（ 担任 → 養護教諭 ）