茨城県立守谷高等学校長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者記入

**登　校　許　可　願**

　　　年　　　組　　氏名

下記の感染症により、登校を控えておりましたが、主治医の指示により登校が可能となりましたので、

登校を許可願います。

病名

※インフルエンザの場合〇をつけてください。（　Ａ型　・　Ｂ型　）

発症年月日　　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）から

治ゆ年月日　　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　）まで

※インフルエンザ・麻しんの場合　　解熱日　令和　　年　　月　　日

受診日　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

受診医療機関名

令和　　　年　　　月　　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

受診が確認できる書類（氏名が記載されている領収書や処方箋等）のコピーを添付してください。医療機関からの診断書の提出は不要です。

※感染症と出席停止期間の目安は、裏面をご参照ください。

学校において予防すべき感染症（令和５年５月～）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 感染症の種類 | 出席停止の期間の基準 |
| 第二種 | 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  **新型コロナウイルス感染症** | ・発症後５日を経過しつ，解熱した後２日が経過するまで  ・特有の咳が消失するまで，または，５日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで  ・解熱した後３日を経過するまで  ・耳下腺，顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後５日間を経過し，かつ，全身状態が良好となるまで  ・発疹が消失するまで  ・すべての発疹が痂皮化するまで  ・主要症状が消退した後２日を経過するまで  ・症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで  ・同上  ・発症した後５日を経過し、かつ、症状が経過した後１日を経過するまで |
| 第三種 | 腸管出血性大腸菌感染症  流行性角結膜炎  急性出血性結膜炎  コレラ  細菌性赤痢  腸チフス  パラチフス  その他の感染症  ※本校としてその他の  感染症に下記の疾病を含む。  **感染性胃腸炎（ノロウィルス等）**  **溶連菌感染症**  **マイコプラズマ感染症** | ・症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで |