【保護者】→【担任】→【教務】→【保健室】

＜保護者の方へ＞　以下の注意事項をよくご確認の上、提出してください。

学校感染症が判明した場合は、罹患したことを担任に連絡し，医師の指示に従ってください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担 任 | 教 務 |
|   |  |

保護者記入欄

学校感染症による出席停止申請書

# 東京都立小平高等学校長殿

 年 組 番 生徒氏名

 年 月　　 日(　　) 　時間目～　　年　　月　　 日(　　) 　 時間目 <　　>日間

理 由

年　　　月　　　日 保護者氏名　 印

＊受診した医療機関を記入してください。必要に応じて受診先に問い合わせることがあります。

診　断　名

受　診　日　　　 　 　年 　　　月　　　 日

医師・医療機関名

医療機関住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

**学校感染症**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **第一種** | **第二種** | **第三種** |
| エボラ出血熱 | インフルエンザ | 腸管出血性大腸菌感染症 |
| クリミア・コンゴ出血熱 | 百日咳 | 流行性角結膜炎 |
| 重症急性呼吸器症候群（SARSコロナウイルスである | 麻疹流行性耳下腺炎 | 急性出血性結膜炎コレラ |
| ものに限る） | 風疹 | 細菌性赤痢 |
| 痘そう | 水痘 | 腸チフス |
| 南米出血熱 | 咽頭結膜熱 | パラチフス |
| ペストマールブルグ病ラッサ熱急性灰白髄炎（ポリオ）ジフテリア鳥インフルエンザ（H5N1） | 結核 髄膜炎菌性髄膜炎新型コロナウイルス感染症 | ※その他の感染症条件によっては出席停止措置(溶連菌感染症/ウイルス性肝炎/手足口病/伝染性紅斑/マイコプラズマ感染症/ヘルパンギーナ/感染性胃腸炎等） |
|  |  |  |