

学校感染症出席停止の手続きについて

学校感染症と診断された場合、感染拡大を防ぐため、治癒するまでの決められた期間、出席停止となります。主治医の指示に従い家庭で休養するとともに以下の手続きをお願いいたします。

1. 学校感染症と診断されたら、速やかに次の項目を学校に連絡してください。
 - (1) 学年・組・名前
 - (2) 診断された病名（例：インフルエンザA型）
2. 治癒後、「学校感染症罹患証明書」（右記）に医療機関で証明をもらってから、登校してください。
3. 登校した際は、保健室で「学校感染症罹患証明書」を提出してから、教室に入ってください。

*「学校感染症罹患証明書」は、保護者ポータルまたは、[関西大学中等部・高等部ホームページ](#)（重要なお知らせ）でダウンロードすることができます。

◆対象となる学校感染症

	感 染 症 名	出 席 停 止 期 間
第一種	エボラ出血熱，クリミア・コンゴ出血熱，痘そう，南米出血熱，ペスト，マールブルグ病，ラッサ熱，急性灰白髄炎，ジフテリア，重症急性呼吸器症候群（ベータコロナウイルス属SARSコロナウイルス），中東呼吸器症候群（ベータコロナウイルス属MERSコロナウイルス），特定鳥インフルエンザ（H5N1及びH7N9），新型コロナウイルス感染症（COVID-19）	治癒するまで
第二種	インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）	発症した後5日を経過し，かつ，解熱した後，2日を経過するまで
	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
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺，顎下腺または舌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
	麻疹（はしか）	解熱した後，3日を経過するまで
	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主症状が消退した後，2日を経過するまで
	結核	学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
第三種	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
	コレラ，細菌性赤痢，腸管出血性大腸菌感染症，腸チフス，パラチフス，流行性角結膜炎，急性出血性結膜炎，その他の感染症※	病状により医師が感染のおそれがないと認めるまで

※その他の感染症とは

学校で流行が起こった場合にその流行を防ぐため，必要があれば学校長が学校医の意見を聞き，第3種の感染症として措置をとることができる疾患です（明確に出席停止と規定されていません）。

- 溶連菌感染症
- ウイルス性肝炎
- 伝染性紅斑
- 手足口病
- ヘルパンギーナ
- マイコプラズマ感染症
- 感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症等）
- など

学校感染症罹患証明書

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の本学生徒について、診断内容等をご記入いただきますようお願いいたします。

1. 当該生徒名： _____ (中等部・高等部 _____ 年 _____ 組)

2. 感染症名 (該当欄にレ点をつけてください)

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型) | <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 風疹 |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 | <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 |
| <input type="checkbox"/> その他： [_____] | | |

3. 診 断 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 登校可能日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・住所

医師名

印

*学校感染症罹患証明書による情報は、関西大学中等部高等部は原則として第三者への開示をいたしません。但し、学内集団感染において、緊急を要する場合、法令に基づく場合、本人の生命・身体・財産を保護するために必要がある場合など、本人の同意を得ることが困難であるときはこの限りではありません。

問い合わせ先： 関西大学中等部高等部保健室 Tel. 072-684-4335

保護者 様

保健室受付印

医療機関での証明を参考に、ご記入いただきますようお願いいたします。

名 前： _____ (中・高 _____ 年 _____ 組 _____ 番)

病 名： _____

欠席した期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

*学校感染症罹患証明書は、登校可能日の朝、保健室に提出してから教室に入ってください。