

(夕)

令和7年（2025年）4月1日

保護者様
Mga magulang

甲賀市立伴谷東小学校
校長 松澤 源太郎

出席停止の届け出について Tungkol sa ulat ng paguspinde ng pagdalo

学校保健安全法第19条の規定により、インフルエンザ等、下記の感染症については出席停止となります。病気が治癒し登校されるときには、受診された医療機関で所定の「罹患証明書」に記入していただき、学校に提出していただくこととなっています。ただし、インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症については、「罹患報告書（保護者記入）」を学校へ提出いただくことで、出席停止となります。なお、昨年度まではインフルエンザに罹患された場合、インフルエンザ罹患のわかる薬の説明書等の添付をお願いしておりましたが、本年度より添付していただくなくてもよくなりました。

証明書及び罹患報告書は学校にありますので連絡いただきましたらお渡しします。学校のホームページからもダウンロードできます。

Dahil sa *School Health and safety Act* ng pamahalaan, bawal pumasok sa paaralan kung nagkaroon ng impeksyon na influenza atbp. Hindi absent ang record ng report. (May listahan sa ibaba.) Paki dala ang sertipiko ng sakit sa clinic o ospital at abutin iyan sa paaralan pagkatapos ng pagpapagaling. Ngunit puwedeng isulat ng magulang ang sertipiko kung nahawaan ng influenza o covid-19. Hindi na kailangang abutin ang patunay ng gamot ng influenza mula sa ngayon.

May mga sertipiko sa paaralan. Puwede ring kukunin ang mga sertipiko mula sa internet download na homepage ng paaralan.

【 学校保健安全法の規定による出席停止期間は次の通りです。】

[May mga instruction ng impeksyon sa School Health and Safety Act.]

疾 病 名 Pangalan ng sakit	学 校 を 休 ま せ る 期 間 Instruction ng ilang araw bawal pagpasok
インフルエンザ Influenza	発症した後 5 日を経過し、かつ解熱後 2 日を経過するまで Pagkatapos ng 5 ng araw mula sa pathogenesis at pagkatapos ng 2 ng araw mula sa pagbaba ng lagnat.
新型コロナウイルス感染症 Covid-19	発症した後 5 日を経過し、かつ、症状が軽快した後、1 日を経過するまで Pagkatapos ng 5 ng araw mula sa pathogenesis at pagkatapos ng 1 ng araw mula sa nawalang sintomas.
百日咳 Pertussis	特有の咳が消える、または 5 日間の抗菌性物質製剤による治療終了まで Nawala ang ubo at pagkatapos ng paggagamot ng Antibacterial substance formulation na 5 ng araw.
麻 疹 （はしか） Measles (Tigdas)	解熱した後、3 日を経過するまで Pagkatapos ng 3 ng araw mula sa pagbaba ng lagnat.
流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ） Mumps (Baiki)	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫れが出た後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで Pagkatapos ng 5 ng araw mula sa pathogenesis ng pamamaga sa Parotid gland, Submandibular gland at Sublingual gland at magaling ang kundisyon ng katawan.
風 疹 （三日はしか） Rubella (Tigdas)	発疹が消失するまで Hanggang nawala ang lahat na rashes.
水 痘 （水ぼうそう） Varicella (Chicken pox)	すべての発疹が痂皮化する（かさぶたになる）まで Hanggang magiging astsar ang lahat na rashes.
咽頭結膜熱（プール熱） Pharyngoconjunctival fever	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで Pagkatapos ng 2 ng araw mula sa nawala ang lahat na sintomas.
結核 髄膜炎菌性髄膜炎 腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 など Tuberculosis, Meningococcal meningitis, Enterohemorrhagic E. coli infection, Epidemia keratoconjunctivitis atbp..	病状により、医師によって感染のおそれがないと認められるまで Hanggang kilalanin ng doktor.
その他の感染症 Atbpng infectious diseases 感染性胃腸炎、伝染性紅斑（リンゴ病）、溶連菌感染症マイコプラズマ感染症、手足口病、伝染性軟属腫（水いぼ）アタマジラミ、伝染性膿痂疹（とびひ）、ヘルパンギーナ など	病状により、医師によって感染のおそれがないと認められるまで Hanggang kilalanin ng doktor.

※ 症状等により長引くこともあります。医師の指示に従ってください。

Mayroong ibang instruction ng doktor sa itaas minsan. kailangan sundan ang doktor kung iba.

※この「証明書」及び「報告書」の用紙は、ご家庭で保管いただき、万が一お子さまが「学校感染症」に罹患された時に切り取ってご使用ください。（学校ホームページからもダウンロードできます。）

*Gagamitin ito kung nahawaan ng mga impeksyon. Puwedeng kukunin ito mula sa internet download na homepage ng paaralan.

「インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症のみの罹患報告書」

Para sa influenza at covid-19

・・・保護者の方がご記入ください。

Dapat makumpleto ng magulang

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症罹患報告書

Ulat ng sakit na Influenza o Covid-19

Paaralan Grade Seksyon Pangalan
甲賀市立伴谷東小学校 年 組 名前

* 疾病名 インフルエンザ 型 ・ 新型コロナウイルス感染症
Sakit Influenza Type- Covid-19

Bilugan sa isa sa itaas.

※どちらかに○印をおつけください。

* 発症日 Taon Buwan Araw
年 月 日 ()
Petsa ng pagsisimula

* 出席停止期間
Panahon ng paguspinde ng pagdalo
Taon Buwan Araw Taon Buwan Araw (Ilang araw)
Mula sa 年 月 日 () ~ Hanggang sa 年 月 日 () までの 日間

* 受診日 Taon Buwan Araw
年 月 日 ()
Petsa ng pagsusuri sa medikal

* 受診医療機関名
Pangalan ng medical

Araw ng sulat Taon Buwan Araw
上記の通り報告します。 年 月 日

Magulang
保護者名

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症以外の「罹患証明書」

Para sa mga impeksyon malibang influenza at covid-19

・・・医療機関に提出し記入してもらってください。

Dapat makumpleto ng medikal

罹 患 証 明 書

Sertipiko ng impesyon

Paaralan

Grade

Seksyon

Pangalan

甲賀市立伴谷東小学校

年

組

名前

* 疾病名 ()
Impeksyon

* 出席停止期間

Panahon ng paguspinde ng pagdalo

Taon

Buwan

Araw

Taon

Buwan

Araw

(Ilang araw)

Mula sa

年

月

日 ()

～

Hanggang sa

年

月

日 ()

までの

日間

上記の通り証明します。

年

月

日

医療機関名

医師氏名