令和５年（2023 年）６月１９日　（ス）

保　護　者　様 A los señores padres responsables.

甲賀市立伴谷東小学校
校　長　橋本　泰志

出席停止の届け出について

Aviso de la Entrega del Certificado de Suspensión de Asistencía Escolar

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か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。

Deacuerdo a las normas del artículo 19 del código de salud y bienestar escolar, con respecto a las medidas de prevención del contagio de las enfermedades virales como la Influenza y otros, dependiendo de las enfermedades que figuran en la lista de la parte inferior, será necesario de acatar a la medida de suspensión de presencia escolar.Luego de curarse de la enfermedad, para que pueda asistir al colegio, deberá de pedir al centro médico que fué atendido llenar el **“ Certificado Médico “Rikan shoumeisho**”, para luego entregar al centro educativo. En el caso del contagio de la enfermedad de la **Influenza o Corona Virus , será necesario presentar el “Certificado de la Enfermedad Rikan Houkokusho” (el cual debera de ser llenado por los padres de familia)**, para luego entregarlo al centro educativo, de esta manera la inasistencía será considerada como inasistencía justificada. Con respecto al año pasado, como requisito de certificación de la enfermedad, erá necesario presentar, la receta médica y otros, apartir de este año ya no será necesario presentar estos documentos.

Con respecto a los documentos de Certificado de la enfermedad y Certificado Médico, tenemos en los centros educativos, en el caso sea necesario, pedimos informar al colegio para entregarles este documento. También pueden bajarlo por medio de la página web del colegio.

※5 月８日（コロナウイルス感染症の拡大が収まるまで）までは、風邪の症状（頭痛・発熱・腹痛・下痢・吐き気・せき・のどの痛み等）で欠席した場合、医療受診の有無にかかわらず、「出席停止」になる旨の連絡をさせていただいておりましたが、５月８日以降は、「欠席」となります。

【 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。】

※ Hasta antes del Mes 5 día 8 (hasta antes que el virus Corona sea controlado), por inasistencía escolar debido a presentar síntomas de resfrío (dolor de cabeza, fiebre, dolor estomacal, diarrea, vómitos, tos, dolor de garganta y otros), aun así hubieran tenido o no asistencía médica, era necesario de presentar el certificado de justificación de inasistencía, apartir del día 8 del mes 5, se considerá como (inasistencía). Pero, en el caso que a nivel escolar o en la familia aumenten los casos de contagio, sea considerado como “ suspensión de asistencía “ u otros, será necesario realizar diferentes tipos de consultas.

疾　病　名 Nombre de la Enfermedad	学　校　を　休　ま　せ　る　期　間 Tiempo obligatorío de descanso escolar.
インフルエンザ Gripe de la Influenza	発症した後５日を経過し、解熱後２日を経過するまで Pasado 5 días de la certificación médica de la enfermedad y 2 días despues de haberle bajado la fiebre.
新型コロナウイルス感染症 Contagio del Nuevo Virus Corona	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 Pasado 5 días de la certificación médica de la enfermedad y 1 día despues de Haber desaparecido los síntomas.
百日咳 Tosferina	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 Luego de desaparecer la tos característica de la enfermedad y luego de 5 días de haber terminado el tratamiento.
麻　疹　（はしか） Sarampión	解熱した後、３日を経過するまで Pasado 3 días luego de haberle bajado la fiebre.
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) Paperas	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 Luego de 5 días de haber bajado la inflamación de la parte de abajo de los oidos,mandíbula y lengua y cuando el niño se encuentre anímicamente bién.
風　疹　（三日はしか） Rubeola (Sarampión de los 3 días)	発疹が消失するまで Luego que desaparezca la erupción.
水　痘　（水ぼうそう） Varicela	すべての発疹が痂皮化(かひか)する（カサブタになる）まで Luego que desaparezcan en su totalidad la erupción cutanea.
咽頭結膜熱（プール熱） Fiebre Pharyngoconjuntival (Fiebre de Piscina)	主要症状が消退した後２日を経過するまで **Luego de 2 días de haber desaparecido los síntomas principales.**
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 Meningitis Tuberculosis. Cojuntivitis epidérmicas, díarrea y Vómitos epidérmicas eritema infecciosa　y otros	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 **Hasta que el médico encargado certifique que el menor este apto para asistir al colegío.**
その他の感染症 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 Otras enfermedades infecciosas,. Brotede gastroenteritis, eritema infecciosa(enfermedad de apple) I nfección de estreptocócica, Neumonía atípica (infección por micoplasma) enfermedad viral de erupción de las manos, pies y boca enfermedades infecciosas (verruga, piojos, infección impétigo, herpangina y otros,	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 **Hasta que el médico encargado certifique que el menor este apto para asistir al colegío**

※ 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。

※ Dependiendo de los síntomas de cada enfermedad, pueda ser que el tiempo de descanso se mas largo. Pedimos seguir las recomendaciones de su médico.

※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できます。）

Con respecto a los documentos de Certificado de la enfermedad y Certificado Médico, tenemos en los centros educativos, en el caso sea necesario, pedimos informar al colegio para entregarles este documento. (Pueden bajarlo por medio de la página web del colegio.)

「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」

・・・保護者の方がご記入ください。

Certificado de Justificación de Inasistencía Solo Para las Enfermedades de la Gripe de la Influenza y del Virus Corona

Deberá de ser llenado por los padres de familia.

Cortar aqui.

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症罹患報告書

Certificado de Justificación de Inasistencía por el Contagio de la Gripe de la Influenza y del Virus Corona

Nombre del Colegio: 甲賀市立甲南中学校 Año＿＿＿年 grupo＿＿組Secc. Nombre del alumno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
Nombre de la enfermedad Influenza (Tipo) Contagio del Virus Corona

※どちらかに〇印をおつけください。**Marcar un círculo en uno de las dos .**

＊発症日**Fecha de inicio de los sintomas** ＿＿年/Año ＿＿月/mes ＿＿日/Día（　　）

＊出席停止期間 Período de suspensión.

＿＿年/Año＿月/mes＿日/día～ ＿＿年/Año＿＿月/mes＿＿日/díaまでの/ Durante＿＿日間/ Días de descanso

＊受診日 Día de la Consulta: ＿＿＿年/Año ＿＿月/Mes ＿＿日/Día

＊受診医療機関名 Nombre de la Entidad Médica

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の通り報告します。/ Declaración sobre el asunto mencionado arriba:
＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

Nombre del padre(resp.): 保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

キ　リ　Cortar aqui　ト　リ　セ

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」

Certificado Médico de Justificación de Inasistencia por el Contagio de la Gripe de la Influenza y del Virus Corona

・・・医療機関に提出し記入してもらってください Deberá de ser llenado por los el médico。

罹　患　証　明　書　Certificado Médico

甲賀市立　学校 ＿＿年＿組＿名前＿＿＿＿＿＿＿＿
Colegío Municipal de Koka de Primaría　Año　Sección　Nombre

＊疾病名　（　　）
Nombre de la Enfermedad

＊出席停止期間Tiempo de descanso médico
年　月　日（　）～　年　月　日（　）までの　日間
Año　Mes　Día　Hasta　Año　Mes　Día　Periodo del descanso total

上記の通り証明します。Certificó la información de la parte superior.
年Año　月Mes　日Día

Nombre de la Clínica ú Hospital 医療機関名

Nombre y Firma del Médico Responsable 医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿