

Sr(a) Padre/Madre/Tutor Legal del Alumno(a): _____

Grado: _____ 年 Grupo: _____ 組

Escuela : Escuela Secundaria Ota Asahi

Director : Masuyama Etsuko

Asunto: **Dispensa Escolar y Enfermedad Infecciosa**

Basado en la reglamentación del art. 19, de la ley de Seguridad Sanitaria Escolar, solicitamos para que su hijo(a) descanse las clases escolares a partir del día _____ 日 de _____ 月 del año en curso(本年), alrededor de _____ 日間 días, hasta que el médico permita el volver a frecuentar las clases escolares.

Por lo tanto, será necesario presentar en el día que regrese a las clases, el certificado (formulario abajo del cuadro a seguir) médico comprobando que ya ha sanado de esta enfermedad.

Anticipadamente agradecemos su valiosa comprensión y cooperación en relación a la mantención de la salud escolar.

	Enfermedad	Período de Dispensa Escolar
Tipo 1	<input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica de ebola (FHE) <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo <input type="checkbox"/> Viruela <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica de América del Sur <input type="checkbox"/> Peste <input type="checkbox"/> Enfermedad de Marburgo (o Marburgvirus) <input type="checkbox"/> Fiebre de Lassa <input type="checkbox"/> Poliomiilitis <input type="checkbox"/> Difteria <input type="checkbox"/> Síndrome Respiratorio Agudo Grave (Se limita a la enfermedad causada por el coronavirus SARS) <input type="checkbox"/> Gripe aviaria (Se limita al tipo de influenza A, subtipo H5N1) <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas como el nuevo tipo de Influenza y otras nuevas enfermedades infecciosas	Hasta sanar completamente.
	<input type="checkbox"/> Covid-19	Hasta pasar 5(cinco) días, después de desaparecer los principales síntomas y 1(un) día después de que el síntoma haya disminuido.
Tipo 2	<input type="checkbox"/> Influenza (Con excepción de la gripe aviaria H5N1 y el Nuevo tipo de influenza) <input type="checkbox"/> Tos ferina (coqueluche) <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Parotiditis (Paperas) <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Fiebre faringoconjuntival <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Meningitis Meningocócica	Hasta pasar 2 (dos) días, después de bajar la fiebre o alrededor de 5 días desde el inicio del contagio. Hasta desaparecer la tos, característica de esta enfermedad o al terminar con el tratamiento antibacteriano(alrededor de 5 días). Hasta pasar 3 (tres) días, después bajar la fiebre. Hasta desaparecer la inflamación de la glándula parótida, glándula submaxilar o glándula sublingual, esto es alrededor de 5 días. Y mejorar el estado de salud general. Hasta desaparecer las erupciones cutáneas (manchas rojas en la piel). Hasta que todas las erupciones cutáneas (exantema) sequen y se vuelvan costra. Hasta pasar 2(dos) días, después de desaparecer los principales síntomas. Dependiendo de los síntomas, hasta que el médico escolar u otros médicos certifiquen que no existen riesgos de contagio. Dependiendo de los síntomas, hasta que el médico escolar u otros, reconozcan que no existen riesgos de contagios.
Tipo 3	<input type="checkbox"/> Cólera <input type="checkbox"/> Shigelosis (disenteria bacilar) <input type="checkbox"/> E. coli Enterohemorrágica <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea <input type="checkbox"/> Fiebre paratifoidea <input type="checkbox"/> Queratoconjuntivitis epidémica <input type="checkbox"/> Conjuntivitis hemorrágica aguda	Dependiendo de los síntomas, hasta que el médico escolar u otros médicos certifiquen que no existen riesgos de contagio.

報告書・Certificado Médico

令和 年 月 日

(Fecha: año/mes/día)

太田市立 _____ 学校長 様

Sr(a). Director(a) de la Escuela Municipal de Ota

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日まで出席停止

(Período de Dispensa Escolar)

上記の者は、経過観察が終了し登校可能と判断します。

Juzgo que el alumno(a) arriba identificado ya se encuentra en estado de salud posible de frecuentar la escuela, quedando por terminado el período de descanso.

医療機関名: 医師氏名

印

(Institución Médica/Nombre y Sello del Médico)