

学校感染症の罹患証明書

開新高等学校

担当医様

下記の生徒につきまして、学校感染症罹患の証明をお願い致します。

_____ 年 組 氏名 _____

【感染症と出席停止期間】該当欄に○を付けてください。

| | 該当欄 | 感染症の種類 | 出席停止期間 |
|-----|----------|---------------|--|
| 第1種 | | 感染症（病名 _____） | 治癒するまで |
| 第2種 | | インフルエンザ | 発症した後(発症の翌日を1日目として)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日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで |
| | | 流行性耳下腺炎 | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の膨張が発見した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで |
| | | 麻疹 | 解熱後、3日を経過するまで |
| | | 風疹 | 発疹が消失するまで |
| | | 水痘 | すべての発疹が痂皮化するまで |
| | | 咽頭結膜熱 | 主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| | | 結核 | 学校医あるいは主治医が感染のおそれがないと認めるまで |
| | 髄膜炎菌性髄膜炎 | | |
| 第3種 | | 流行性結膜炎 | 症状により学校医及び主治医において感染のおそれがないと認めるまで。 * 高校生においては、その他の感染症(感染性胃腸炎や溶連菌感染症等)は感染拡大のおそれ強い場合は出席停止の措置をとる。 |
| | | 急性出血性結膜炎 | |
| | | 腸管出血性大腸菌感染症 | |
| | | その他（病名 _____） | |

* 第1種および、第3種のその他の感染症の場合は、病名をご記入ください。

| | | | | | |
|--------|----|---|---|---|----|
| 出席停止期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | より |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | まで |

以上のことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印