

※この様式をコピー、または学校 HP からダウンロードしてご使用ください

## 学校感染症証明書

奈良県立西和清陵高等学校 年 組 番

氏名 \_\_\_\_\_

《感染症名》該当欄に○印をつけてください

	○印	病名	出席停止期間の基準
第一種		病名 ( )	治癒するまで。
第二種		百日咳	特有の咳が消失するまで又は 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。
		麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過するまで。
		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺又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。
		風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで。
		水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで。
		咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで。
		結核	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで。
		髄膜炎菌性髄膜炎	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで。
		腸管出血性大腸菌感染症	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで。
		腸チフス	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで。
第三種		パラチフス	病状により医師が感染の恐れがないと認めるまで。
		流行性角結膜炎	
		急性出血性結膜炎	
		その他の感染症(※1) 病名( )	

(※1)その他の感染症は、通常は出席停止扱いにはならないが、条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症です。

(感染性胃腸炎・溶連菌感染症・伝染性紅斑・マイコプラズマ感染症など)

(※2)インフルエンザ、新型コロナウイルスは医療機関の証明は不要です。別紙様式に保護者記載の上、提出してください。

上記の者を学校感染症と診断し、下記の期間療養指示しました。本疾患が軽快し、感染予防上登校しても支障ないことを証明します。

療養指示期間： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印