学 校 感 染 症 証 明 書

奈良県立高円高等学校
奈良県立高円芸術高等学校

住所

年　　組　氏名

※該当疾患・意見欄に〇印をつけてください。

	感　染　症　名	出 席 停 止 期 間
第一種	エボラ出血熱　クリミア･コンゴ出血熱　痘そう 南米出血熱　ペスト　マールブルグ病　ラッサ熱 急性灰白髄炎ジフテリア　新型コロナウイルス感染症 重症急性呼吸器症候群　（病原体がSARS コロナウイルスであるものに限る） 鳥インフルエンザ　（病原体がインフルエンザ ウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってその血　清亜型が H5N1 であるものに限る）	治癒するまで
第二種	インフルエンザ　（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）	発症した後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日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺また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
	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主症状が消退した後、２日を経過するまで
	結核	学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
第三種	コレラ　細菌性赤痢　腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス　パラチフス　流行性角結膜炎　急性出血性結膜炎 その他の感染症（　　）	病状により医師が感染のおそれがないと認められるまで

医師ご意見欄　　登校（出席）停止
その他

期間　　自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

医師名　　**印**

【学校（担任）記入欄】　上記疾患の症状が現れ、欠席していた期間を記入してください。
（通院のための遅刻や早退を含む）

年　　組　　番　　氏名

令和　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日