

証明書（学校感染症用）

住所 _____

氏名 _____

保護者氏名 _____

奈良県立添上高等学校 年 組 出席番号 番

○印	病名	出席停止の期間の基準	
	インフルエンザ	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	第2種
	百日咳	特有の咳が消失してまで	
	麻疹	解熱後三日を経過するまで	
	流行性耳下腺炎	耳下腺の腫張が消失するまで	
	風疹	発疹が消失するまで	
	水痘	すべての発疹が痂皮するまで	
	咽頭結膜熱	主要症状消退後二日を経過するまで	
	新型コロナウイルス感染症	発症後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	
	結核	感染のおそれがないと認めるまで	第3種
	腸管出血性大腸菌感染症	感染のおそれがないと認めるまで	
	流行性角結膜炎	感染のおそれがないと認めるまで	
	流行性出血性結膜炎	感染のおそれがないと認めるまで	
	その他の感染症 ()	感染のおそれがないと認めるまで	
↓ 第1種(該当に○)		治癒するまで	
エボラ出血熱 クラミア・コンゴ出血熱 ペスト マーブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス			

※ 但し、出席停止期間は主治医の判断が優先します。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで

上記○印疾患のため、療養中であったが、臨床的には予防上支障がないものと認めます。

令和 年 月 日

医療機関住所

医師名