

主治医様

「学校における予防すべき感染症」罹患証明書の記入について(お願い)

「学校における予防すべき感染症」に罹患しました本校生について下記証明書にご記入頂きますようお願い致します。

惺山高等学校 ☎023-643-0321

「学校において予防すべき感染症」罹患証明書

1. ____年 ____組 出席番号 ____ 氏名: _____

2. 感染症名(当該感染症の欄に☑を付けて下さい)

疾患名(疑いも含む)	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (<input type="checkbox"/> A型, <input type="checkbox"/> B型, <input type="checkbox"/> 不明)	発症後5日間経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 麻疹	発疹に伴う発熱が解熱した後3日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 風疹	発疹が消失するまで。
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで。
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	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。
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 結核	症状により感染のおそれが無いと認めるまで。
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	症状により感染のおそれが無いと認めるまで。
<input type="checkbox"/> その他 ()	学校において予防すべき感染症 第一種 ⇒ 治癒するまで 学校において予防すべき感染症 第三種 ⇒ 医師が感染の恐れが無いと認めるまで

3. 出席停止期間

上記生徒に対し、記載の感染症に罹患した為、下記の期間の出席停止を指示したことを証明します。

____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日

____年 ____月 ____日 医療機関名

医師名

㊞