

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。

権山高等学校 ☎023-643-0321

「学校において予防すべき感染症」罹患証明書

1. 学年 _____ クラス _____ 出席番号 _____ 氏 名: _____

2. 感染症名（当該感染症の欄にレ点を付けて下さい。）

感染症名(疑いも含む)	出席停止期間
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後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
<input type="checkbox"/> 麻疹	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始まった後5日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
<input type="checkbox"/> 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	主要症状が消失した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<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 ⇒ 医師が感染のおそれがないと認めるまで

3. 出席停止期間

上記の生徒に対し、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

印