

学校保健安全法に定められた学校感染症に罹患した生徒について、診断内容・出席停止期間等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

※証明書は医療機関で発行されたものでも構いません。インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症については保護者記入の別様式がございますので、そちらをご使用ください。

学校感染症治癒証明書

年 組 番 氏名

【感染症名】 該当欄に○をつけてください

種類	○印	病 名	出席停止期間 (ただし医師が感染のおそれがないと認めた場合はこの限りではない)
第1種		病名()	治癒するまで
第2種		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
		麻疹	解熱した後3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後 5日間を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
		風疹	発疹が消失するまで
		水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
		結核	症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
		髄膜炎菌性髄膜炎	症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
第3種		コレラ	症状により医師が感染のおそれがないと認めるまで
		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 ()	

上記の通り診断いたしました。本疾患が経過し、感染予防上登校しても支障ないことを証明します。

出席停止期間： R 年 月 日() ～ R 年 月 日()

R 年 月 日

医療機関名
住 所
医 師 名

印