

# 「学校における感染症」治癒証明書

学 科 名 \_\_\_\_\_

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者は、下記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

## 1 疾患名（該当欄にレ点をつけてください）

疾 患 名	出席停止期間 (学校保健安全法施行規則第19条による)
<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"/> 麻疹	解熱後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	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> その他 (病名: _____ )	【学校における感染症第一種】治癒するまで 【学校における感染症第三種】医師において感染の恐れがないと認められるまで

## 2 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であり、治癒したことを証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_