

「学校における感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校における感染症」に罹患しました本校生徒について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

「学校における感染症」治癒証明書

1. 年 組 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。

2. 出席停止期間

【 年 月 日 ～ 年 月 日 】

下記疾患により、上記期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

2. 疾患名(該当欄にレ点を付けてください。インフルエンザ・麻疹については発熱・解熱日のご記入をお願いいたします。)

疾患名	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日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで (発熱日： 月 日) (解熱日： 月 日)
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱後3日を経過するまで (解熱日： 月 日)
<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"/> 学校における感染症第一種、三種 【病名： 】	第一種：治癒するまで 第三種：医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> その他の疾患 【病名： 】	※出席停止となる場合※ ・既に学校で流行している場合 ・症状や感染力が強く7日以上以上の休養が必要な場合

年 月 日

医療機関名

医師名

印