

出席停止治療証明書

樟蔭中学校・高等学校 _____年 _____組 _____番 生徒名_____

保護者名_____ ㊟

上記生徒を「学校において予防すべき感染症」と診断し、疾患名および診断日、出席停止期間は、下記であることを証明します。

疾患名 (該当欄にレ点をつけてください。)

疾患名	出席停止期間の基準
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (※下記参照)	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(はしか)	解熱後 3 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか)	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	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"/> 水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が、痂皮化するまで
<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(プール熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病状により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	
<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(流行性嘔吐下痢症)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	【第一種】治療するまで 【第三種】病状により医師において感染のおそれがないと認めるまで

診断日	年	月	日				
出席停止期間	年	月	日	～	年	月	日

年 月 日

医療機関名および医師名

㊟

※インフルエンザの場合のみ、医療機関による証明がなくても構いません。その場合、インフルエンザと診断されたとわかる書類（氏名、日付が明記された検査結果や薬の説明書等いずれか）を添付し、保護者の方が上記証明書を記入の上、ご提出ください。（書類はコピーでも可。）

担任 確認印		教頭 確認印	
-----------	--	-----------	--