

## 学校感染症

## 登校許可証明書

高・中 年 組 番

生徒氏名

上記の生徒、下記の疾患が治癒または感染の恐れがなくなりましたので登校を許可します。

医療機関記入欄		医療機関の皆さまへ 学校感染症に罹患した生徒につきまして、以下の内容をご記入くださいますようお願いいたします。			
該当に○	第2種	出席停止期間の基準等			
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間の適性な抗菌剤による治療が終了するまで。			
	麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで。			
	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺または舌下腺が発現した後5日間を経過し、かつ全身症状が良好となるまで。			
	風しん	発疹が消失するまで。			
	水痘（みずぼうそう）	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が感染の恐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が感染の恐れがないと認めるまで。			
	第3種	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで。			
	コレラ		細菌性赤痢		腸チフス・パラチフス
	急性出血性結膜炎		腸管出血性大腸菌感染症		流行性角結膜炎
	その他の感染症	病名（ ）			
【発症日】		令和	年	月	日
【治癒又は感染の恐れがなくなった日】		令和	年	月	日
		医療機関名 _____			
		医師名 _____ ㊞			

※登校初日に担任へ提出してください。

保護者氏名(自署)

㊞

学校確認欄	教頭	養護	教務部長	主任・主事	担任