

学校感染症(第2・3種)の診断書及び証明書

学校名 岐阜県立揖斐特別支援学校

(小・中・高)学部 年 組 氏名 _____

1. 上記の者について、下記の病気を診断しました。
2. 上記の者について、下記の病気により 月 日から 月 日(日間)まで出席を停止したことを認めます。

該当の病名に○印をつけてください。

		病名	出席停止期間の基準 (※ただし、医師が感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない)	
第2種	1	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	
	2	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	
	3	麻疹	解熱した後、3日を経過するまで	
	4	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	
	5	風疹	発疹が消失するまで	
	6	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで	
	7	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで	
	8	結核	病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	
	9	髄膜炎菌性髄膜炎	同上	
第3種	10	腸管出血性大腸菌感染症	同上	
	11	流行性角結膜炎	同上	
	12	急性出血性結膜炎	同上	
	13	コレラ	同上	
	14	細菌性赤痢	同上	
	15	腸チフス	同上	
	16	パラチフス	同上	
	(下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの)			
	13	手足口病	発熱、口内診などの急性症状が消退して、全身状態の全身状態が安定するまで	
	14	伝染性紅斑	発疹のみで全身状態が良ければ登校可能	
15	溶連菌感染症	抗生剤治療開始後24時間を経て全身状態が安定するまで		
	その他の伝染病 ()	症状が改善し、全身状態が良くなるまで		

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ ⑧