

学校感染症による出席停止証明書

岐阜県立池田高等学校

年 組 氏名

この報告書は、医療機関により証明をいただくものではなく、保護者の方で記入してください。ただし、受診を証明できるもの(調剤証明書のコピー等、患者名、日付、医療機関名、薬剤名等が記入されたもの)を必ず添付してください。

※該当の疾患名に○印をつけてください。

		感染症名	出席停止期間
第 2 種		インフルエンザ (型)	発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
		新型コロナウイルス感染症	発症後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまで
		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
		麻疹	解熱した後、3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	耳下腺、下顎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
		風疹	発疹が消失するまで
		水痘	発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、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において感染のおそれがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	
第 3 種		コレラ	症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
		細菌性赤痢	
		腸管出血性大腸菌感染症	
		腸チフス	
		パラチフス	
		流行性角結膜炎	
		急性出血性結膜炎	
		その他の感染症 ()	

出席停止期間 月 日から 月 日 (日間)

(上記の出席停止基準に基づき、医師から登校を控えるように指示された期間)

受診医療機関名

保護者氏名 印