

学校感染症治癒証明書

成城学園中学校高等学校

中学 ・ 高校 年 組 番

氏名

1. 疾患名（該当するものに○をしてください）

第二種		出席停止期間の基準
	百日咳	特有の咳が消失するまで、又は5日間の適正な抗菌薬療法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
	風しん	発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	全ての発疹がかさぶたになるまで
	咽頭結膜炎	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	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
	髄膜炎菌性髄膜炎	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

第三種		出席停止期間の基準
	腸管出血性大腸菌感染症	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
	流行性角結膜炎	
	急性出血性結膜炎	

《その他の感染症》		出席停止期間の基準
	溶連菌感染症	学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに学校医の判断で校長が第三種の感染症として緊急的に措置を取ることが出来る
	マイコプラズマ感染症	
	感染性胃腸炎	
	その他「 」	

2. 出席停止期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印