

学校感染症 罹患証明書

奈良育英中学校・高等学校

年 組 番

生徒氏名 _____

※該当疾患の欄に「○印」や必要事項等をご記入ください。

	疾患名	○印	出席停止の基準
第二種	インフルエンザ【 型】 (特定鳥インフルエンザを除く)		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
	新型コロナウイルス感染症		発症した後 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 日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
	麻疹（はしか）		解熱後 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、顎下腺又は舌下線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（3 日ばしか）		発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）		すべての発疹が消失するまで
	咽頭結膜炎（プール熱）		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		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

※第三種は、該当する疾患名を○で囲んでください。

第三種	コレラ，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	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
	条件によっては出席停止の措置が考えられる疾患	
	溶連菌感染症，A 型肝炎，B 型肝炎，手足口病，伝染性紅斑，ヘルパンギーナ，マイコプラズマ感染症，感染性胃腸炎	全身状態が悪いなど，医師の判断で出席停止を要する場合など

上記の診断により _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日まで

出席（登校）停止を指示したことを認めます。

年 月 日

医療機関名

医 師 氏 名

印