

# 罹患・治癒 証明書

年 組 番 氏名

上記生徒は、下記の感染症に【 罹患・治癒 】したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

医師氏名

⑩

※ 該当疾患に○印をご記入ください。

○	疾患名	出席停止期間
	インフルエンザ ( ) 型	発症後5日を経過し、かつ解熱した後2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日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで
	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	発しんが消失するまで
	水痘 (みずぼうそう)	全ての発しんがかさぶたになるまで
	咽頭結膜熱 (プール熱)	発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核及び髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染のおそれがないと認められるまで
	その他の感染症 ※医師の判断により出席停止の措置が必要と考えられる感染症 ( )	医師において感染のおそれがないと認められるまで
<p>発 症 日    :       年       月       日</p> <p>出席停止期間:       年       月       日まで</p>		

※インフルエンザに限り、処方箋のコピーなど証明になるものを添付の上、  
「医師氏名、印」欄を「保護者氏名、印」に代用することもできます。

開明中学校・高等学校

※本項をコピーまたはダウンロードして使用すること