

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

※ 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
	新型コロナウイルス	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
発 症 日 : 年 月 日		
出席停止期間: 年 月 日まで		

※インフルエンザ・新型コロナウイルスに限り、「医師氏名」欄を「保護者氏名」に代用することができます。

インフルエンザは処方箋のコピーなど証明になるものを添付してください。

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