

主治医 様

「学校における感染症」の治癒証明書記入について

「学校における感染症」に罹患した本校生徒について、下記証明書に御記入ください
ますようお願い申し上げます。

福井県立美方高等学校

「学校における感染症」治癒証明書

年 ホーム 番 氏名

上記の者は、下記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

○疾患名（該当欄にレ点をつけてください）

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	解熱後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱後 3 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 風疹	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他 ()	【学校における感染症第一種】治癒するまで 【学校における感染症第三種】医師において感染の恐れがないと認めるまで

○出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印