

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"/> 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、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
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがないと認められるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがないと認められるまで
<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。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印