

# 主治医様

## 「学校感染症」の治癒証明書について(依頼)

貴医療機関で診断していただいた本校生徒について、学校保健安全法施行規則第18条に係る感染症に罹患していた場合は、感染症の種類及び出席停止期間等を把握したく存じます。下記証明書に必要事項を御記入のうえ、本人を通じてお届けくださるよう、よろしくお願いいたします。

和歌山県立古佐田丘中学校長

## 「学校感染症」治癒証明書

和歌山県立古佐田丘中学校長 様

下記の者は、罹患した感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

年 組 番 氏 名

○ 感染症の種類 (該当欄にレを付けてください。)

感 染 症 の 種 類	出 席 停 止 期 間 の 基 準	
<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	ただし、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ときは、この限りでない。
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	解熱した後、3日を経過するまで	
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく)	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"/> 風疹(3日はしか)	発しんが消失するまで	
<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	すべての発しんが痂皮(かさぶた)化するまで	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 結核	病状により、当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	
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎		
<input type="checkbox"/> その他 ( )	【学校感染症第一種】 治癒するまで 【学校感染症第三種】 医師において感染のおそれがないと認めるまで	

○出席停止期間

上記感染症により、出席停止であった期間

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

住所(所在地)

電話番号

医師名

印

