

保護者様

平成 年 月 日

加茂暁星高等学校長

学校における感染症について(お願い)

学校保健安全法に基づき、下記の感染症に罹患した生徒は登校できないことになっております。感染症が治癒し登校する場合は、主治医より下記の治癒証明書に記入してもらい学校へご提出くださいますようお願い致します。

尚、出席停止の期間は欠席とはみなしません。

~~~~~  
主治医様

現在罹患している感染症が治癒し、または他の生徒に感染の恐れがなくなりましたら、お手数でもこの用紙にご記入の上本人にお渡し下さいますようお願い致します。

治癒証明書

年 組 氏名 \_\_\_\_\_

疾患名(該当に○を付けてください)

| 疾患名           | 出席停止期間                                                          |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|
| インフルエンザ       | 発症後 5 日を経過し、且、解熱後 2 日を経過するまで                                    |
| 麻疹 (はしか)      | 解熱後 3 日を経過するまで                                                  |
| 風疹 (三日ばしか)    | 発疹が消失するまで                                                       |
| 水痘 (水ぼうそう)    | 全ての発疹が痂皮化するまで                                                   |
| 流行性耳下腺炎       | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現後 5 日を経過し、且全身状態が良好になるまで                        |
| 百日咳           | 特有の咳が消失するまで、又は 5 日間の抗生剤の治療が終了するまで                               |
| 咽頭結膜熱 (プール熱)  | 主要症状消退後 2 日を経過するまで                                              |
| 結核及び髄膜炎 菌性髄膜炎 | 学校医等が感染の恐れがないと認めるまで                                             |
| その他           | 第一種は治癒するまで<br>第三種は医師が感染の恐れがないと認めるまで<br>第三種その他は医師が感染の恐れがないと認めるまで |

出席停止期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記の生徒は、感染症が治癒し他者に感染の恐れがないものとみなし登校に支障がない事を証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ 印