

# 証明書 (学校感染症用)

奈良市立一条高等学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番

氏 名 \_\_\_\_\_

※該当疾患等に○印や必要事項をご記入下さい。

	疾患名	出席停止の基準
第 2 種	インフルエンザ【 _____ 型】 (特定鳥インフルエンザを除く)	発症後5日、かつ、解熱後2日が経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または、5日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
	麻疹 (はしか)	解熱後3日が経過するまで
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
	風疹 (3日ばしか)	発疹が消失するまで
	水痘 (みずぼうそう)	すべての発疹が消失するまで
	咽頭結膜熱 (プール熱)	主要症状が消失した後2日を経過するまで
	結核	症状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
第 3 種	コレラ・細菌性赤痢・腸管出血性大腸菌感染症・腸チフス・パラチフス・流行性角結膜炎・急性出血性結膜炎	症状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
	その他の感染症 病名【 _____ 】	必要があれば、学校長が学校医の意見を聞き、第3種の感染症として出席停止などの措置を取ることができる感染症

上記の診断により、\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで出席 (登校) 停止を指示したことを認めます。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名  
医師氏名

④