

主治医様

「学校感染症」の治癒証明書について(ご依頼)

貴医療機関にて治療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19条に係り罹患している場合は、感染症の状況把握が必要であるため、下記証明書に疾患名及び出席停止期間について証明願います。

なお、下線については切り取らず、本人を通じ学校に提出するよう指導いただきたくよろしくお願い申し上げます。

和歌山県立紀北農芸高等学校長

「学校感染症」治癒証明書

和歌山県立紀北農芸高等学校長 様

年 組 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(該当欄にレ点を付けてください)

| 疾患名 | 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 |
| <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(おたふくかぜ) | 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化するまで |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(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恐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 疾患名() | 【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恐れがないと認めるまで |

○ 出席停止期間(記載願います)

上記疾患により、下記の期間出席停止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

住所(所在地)

電話番号

医師名

印