

平成 年 月 日

保護者様

創進高等学校長

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。登校する場合は、主治医より下記「学校における感染症」治癒証明書に記入してもらい、登校した直後に、必ず学校へご提出くださいますようお願いいたします。

創進高等学校長 様

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名： _____年 _____組 氏名 _____

上記の者は、感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

2. 疾患名（該当欄にレ点をつけてください。）

症 患 名	出 席 停 止 期 間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ [] 型	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
<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	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<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二種】医師において感染の恐れがないと認めるまで

3. 出席停止期間（欠席扱いではありません）

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。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印