主治医 様

「学校における感染症」の登校許可証明書記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた「学校感染症」に罹患した本校生徒について、診断内容、出席停止期間等を下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】
日本体育大学荏原高等学校　保健室
TEL：03-3759-3291

登 校 許 可 証 明 書

学年　　組　　番

氏 名

上記の者は、下記の感染症について、学校保健安全法の基準により登校に支障がないことを証明します。

また、　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 までの出席停止が妥当であったことを証明します。

記

【感染症名】（※該当欄にレ点をつけてください）

感染症名	出席停止期間
☐ インフルエンザ（　　）	発症後 5 日経過し、かつ解熱後 2 日間を経過するまで
☐ 百日咳	特有の咳が消える、または 5 日間の抗菌性物質製剤による治療終了まで
☐ 麻疹（はしか）	解熱後、3 日を経過するまで
☐ 流行性耳下腺炎	腫れが出た後 5 日経過し、かつ全身状態が良好になるまで
☐ 風疹	発疹が消失するまで
☐ 水痘	全ての発疹が痂皮化（かさぶた）するまで
☐ 咽頭結膜熱	主要症状が消退後、2 日を経過するまで
☐ 結核	感染のおそれがないと認められるまで
☐ 感染性胃腸炎	症状が軽快し、全身状態が改善されるまで
☐ 流行性角結膜炎	症状により、医師が感染のおそれはないと認められるまで
☐ 溶連菌感染症	抗菌剤治療開始後 24 時間を経て全身状態が良好になるまで
☐ 新型コロナウイルス感染症	発症後 5 日経過し、かつ症状軽快後 1 日を経過するまで
☐ その他 （　　）	【学校における感染症第1種】治癒するまで 【学校における感染症第3種】医師が感染のおそれがないと認めるまで

【備考欄】

年　　月　　日　　医療機関名

住　　所

電 話 番 号

医　師　名　　㊞