

医療用証明書

担当医様

熊本県立天草拓心高等学校長

年 科 号 氏名

上記の生徒につきまして、下記の証明にご記入をお願いします。

1. 診断名

2. 指示事項 (※出席停止措置が必要な場合は下の点線枠内の方にご記入ください。)

3. 初診日 令和 年 月 日

※上記の疾病で、出席停止措置が必要な場合、下記にもご記入ください。

◎感染症名 (該当欄に○をつけて下さい)

該当欄	病名	出席停止の期間	
	感染症予防法第1類及び2類感染症	治癒するまで	第一種
	インフルエンザ	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	第二種
	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	
	麻疹 (はしか)	解熱後3日を経過するまで	
	水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで	
	風疹 (三日ばしか)	発疹が消失するまで	
	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、全身の状態が良好になるまで	
	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	
	新型コロナウイルス感染症	発症した後、5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで	
	結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。	
	髄膜炎菌性髄膜炎		
	流行性結膜炎		第三種
	急性出血性結膜炎		
	腸管出血性大腸菌感染症		
	その他の感染症(感染性胃腸炎等)		

◎登校禁止期間 月 日 ~ 月 日

◎登校許可日 月 日 から

以上のことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印