保護者様

菊池高等学校長

学校感染症の罹患証明について

学校保健安全法第 19 条の規定により、学校感染症による出席停止扱いを受けるため、感染症(疑いを含む)に罹患している証明をしていただきますようお願い申しあげます。
(医療機関において下記の出席停止証明書に記入していただき、学校に提出してください。)

主な学校感染症

感染症名	基準となる出席停止期間
インフルエンザ	発症した後(発熱の翌日を1日目として)5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過するまで
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になるまで
風疹(三日ばしか)	発しんが消失するまで
水痘(水ぼうそう)	すべての発しんが痂皮化するまで
咽頭結膜熱	発熱、咽頭痛、結膜炎などの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 (※発症から 10 日を経過するまではマスクの着用を推奨)
結核・膜炎菌性髄膜炎	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
その他 (流行性角結膜炎、感染性胃腸炎等)	医師が感染のおそれがないと認めるまで

※ 上記以外の感染症については学校にご相談ください。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・きりとり・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

主治医様

下記生徒について、学校保健安全法第 19 条の規定により出席停止を指示しましたので、下記証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

出席停止証明書

生徒名 　　年　　組　　番 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病 名「＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿」

発症日　令和　　年　　月　　日(　　)

出席停止期間 　　月　　日(　　)から　　月　　日(　　)まで(見込み可)

令和　　年　　月　　日(受診日)

医療機関名

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※押印は省略可。医療機関の混雑状況によっては保護者記入可。