

# 学校感染症の罹患証明書

主治医 様

熊本県立菊池高等学校長

年 組 号 氏名

上記生徒の学校感染症の罹患証明方、よろしくお願い致します。

下記のとおり証明します。

診断名

期間 令和 年 月 日より  
令和 年 月 日まで(見込み)

指示事項

--

令和 年 月 日

病院名

医師名

印

付記 : 学校感染症の種類

第一種	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 ペスト マールブルク病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア 痘そう 重症急性呼吸器症候群(SARS) 南米出血熱 鳥インフルエンザ(H5N1) 指定感染症(※新型コロナウイルス感染症) 新感染症
第二種	インフルエンザ 百日咳 麻しん(はしか) 結核 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 風しん 水痘 咽頭結膜炎 髄膜炎 菌性髄膜炎
第三種	腸管出血性大腸菌感染症 コレラ 細菌性赤痢 腸チフス パラチフス 急性出血性結膜炎 流行性角結膜炎 その他感染症
その他の感染症	溶連菌感染症 ウイルス性肝炎 手足口病 伝染性紅斑 ヘルパンギーナ マイコプラズマ感染症 感染性胃腸炎 アタマジラミ 伝染性軟属腫 伝染性膿痂疹 等