

通院確認書

担当医様

熊本県立八代農業高等学校泉分校長

下記の生徒につきまして、以下のどちらかにご記入をお願いします。

年 号 氏名

○通常の疾病の場合

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. 配慮事項

3. その他

4. 受診年月日 令和 年 月 日

(入院期間 年 月 日から 年 月 日まで)

○出席停止に該当する感染症の場合 (学校保健安全法第19条に該当する場合)

上記の生徒につきまして、下記疾病に罹患していたことの証明にご記入をお願いします。

1. 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
	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	第二種
	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	
	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。	第三種
	髄膜炎菌性髄膜炎		
	流行性核結膜炎		
	急性出血性結膜炎		
	腸管出血性大腸菌感染症	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。	
	その他の感染症(感染性胃腸炎等)		

2. 初診日 令和 年 月 日

3. 登校禁止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4. 登校許可日 令和 年 月 日 午前 ・ 午後 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