

令和 年 月 日

登 校 許 可 証 明 書  
( 治 療 証 明 )

生徒氏名 年 組 番 氏名

診断名

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 月 日

上記の通り証明いたします。

医療機関名

住所

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

※ 以下は記入しないでください。

出席停止日	月 日 ~ 月 日
出席停止日数	日
備 考	

担任氏名 \_\_\_\_\_

## 学校感染症

分類	対象疾患	出席停止の期間の基準
第 1 種	エボラ出血熱, クリミア・コンゴ出血熱, ペスト, マールブルグ病, ラッサ熱, ポリオ, コレラ, 細菌性赤痢, ジフテリア, 腸チフス, パラチフス	治癒するまで
第 2 種	インフルエンザ (H5N1 を除く)	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。
	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
	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, 全身状態が良好になるまで
	風 疹	発疹が消失するまで
	水 痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱 (プール熱)	主要症状が消退後 2 日を経過するまで
第 3 種	結 核, 髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれがなくなるまで
	腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症 (その他の感染症とは, 条件によっては出席停止の措置が必要と考えられるもの)	感染のおそれがなくなるまで