罹 患 ・ 全 治　証 明 書

年　　組　　番 生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記生徒は、下記の感染症に【 罹患　or　治癒 】したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関名

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※罹患または治癒の別と該当する感染症名に〇印をご記入ください。

	感染症名と出席停止期間	
第二種 ※飛沫感染し学校で流行を広げる可能性が高い感染症	インフルエンザ	発症後 5 日を経過し、かつ解熱後二日を経過するまで。
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または 5 日間の抗菌性物質製剤による治療が終了するまで。
	麻　疹	解熱後三日を経過するまで。
	流行性耳下腺炎	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	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	主要症状が消退した後二日を経過するまで。
	髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
その他の感染症名 （　　）		治癒するまで。ただし、病状により医師において伝染のおそれがないと認めたときはこの限りではない。
医師所見 または 特記事項		
発症　　年　　月　　日（　　） 初診　　年　　月　　日（　　） 自宅療養（学校を休む必要がある）を指示した期間 年　　月　　日（　　）まで		

東海大学付属仰星高等学校中等部
東 海 大 学 付 属 仰 星 高 等 学 校