

罹 患 証 明 書

年 組 番 生徒名

上記生徒は、下記の感染症に罹患したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

- ・新型コロナウイルス感染症の場合は、保護者氏名・印で代用できます
- ・インフルエンザの場合は、処方内容が分かるものの写しを添付すれば、保護者氏名・印で代用できます

保護者氏名

印

※該当する感染症名に○印および療養期間などの必要事項をご記入ください

第二種	感染症名と出席停止期間（学校保健安全法による）	
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	発症日を0日目とし5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
	新型コロナウイルス（COVID-19）	発症日を0日目とし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
	百日咳	特有の咳が消失するまで、 または、5日間の抗菌抗生物質製剤による治療が終了するまで
	麻疹	解熱後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または耳下腺の腫脹が出現した後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）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核・髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
その他の感染症名 ()		病状により医師において感染のおそれがないと認めるまで
医師所見または特記事項		
発症日 年 月 日() 初診日 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		

東海大学付属大阪仰星高等学校・中等部

秘 至急回覧

健康推進室



教頭	教務主任	学年主任	担任