

感染症登校許可証明書の記入についてのご依頼

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の生徒について、診断内容等を下記にご記入頂きますようお願い申し上げます。

感染症登校許可証明書

高・中	年	組	番	氏名	平成	年	月	日	生まれ
-----	---	---	---	----	----	---	---	---	-----

【1】就学制限が必要であるかどうかを判断し、該当欄に○印をご記入してください。

i) 就学制限が必要でない場合 **病名** _____

ii) 就学制限が必要な場合、下記の感染症名の該当欄に○印をつけてください。

病名	出席停止期間	
第1種感染症(別紙参照) ()	治癒するまで	第1種
インフルエンザ (鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)	発症した後(発熱の翌日を1日目として)5日を経過し、 かつ解熱後2日を経過するまで	第2種
百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適切な抗菌薬療法が 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張が発現した後5日を経過し、 かつ、全身状態が良好になるまで	
風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで	
水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで	
咽頭結膜熱(プール熱)	主症状が消退した後2日を経過するまで	
結核	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
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	
コレラ	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
細菌性赤痢	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
腸管出血性大腸菌感染症	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
腸チフス	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
パラチフス	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
ノロウイルスによる感染性胃腸炎	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
その他 感染性胃腸炎()	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
流行性角結膜炎	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
急性出血性結膜炎	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
マイコプラズマ肺炎	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
急性感染性咽頭炎	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
带状疱疹	医師が感染のおそれがないと認めるまで	
手足口病	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()	医師が感染のおそれがないと認めるまで	

上記の者は、 年 月 日 から頭書の疾病で療養中であったが、もはや他への
感染のおそれがないものと考え、 年 月 日から登校してよい事を証明する。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

〈別紙〉

第1種感染症

	病名	出席停止期間
	エボラ出血熱	治癒するまで
	クリミア	
	コンゴ出血熱	
	痘そう	
	南米出血熱	
	ペスト	
	マールブルグ熱	
	ラッサ熱	
	急性灰白髄炎	
	ジフテリア	
	重症急性呼吸器症候群 (病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルス であるものに限る)	
	鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエン ザ A ウイルスであってその血清亜型がH5N1である ものに限る。次号及び第十九条第一項第二号イに おいて「鳥インフルエンザ」という)	