

主治医殿

お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

聖カピタニオ女子高等学校

罹患・治癒証明書

氏名 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

1. 診断名 _____

2. 出席停止期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

年 _____ 月 _____ 日 医療機関名

医 師 名

⑩

*学校において予防すべき感染症の種類及び出席停止期間の基準（学校保健安全法施行規則第18・19条）

	病 名	基準(第2種一病状により医師において感染のおそれがないと認めたときはこの限りでない)
第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、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 SARS J07カ株）、鳥インフルエンザ（H5N1）	治癒するまで
	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
第2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
	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎	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
	風しん	発しんが消失するまで
	水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核	病状により医師において感染のおそれがないと認めるまで
第3種	髄膜炎菌性髄膜炎	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
	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、	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
	（その他の感染症：下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの）	
	ウイルス性肝炎、溶連菌感染症、流行性嘔吐下痢症、マイコプラズマ感染症、伝染性紅斑、手足口病等	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