

治癒証明書

学 科 名 _____
 学籍番号 _____
 氏 名 _____

上記の者は、下記の学校において予防すべき感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

1 疾患名（該当欄にレ点をつけてください）

疾 患 名	出席停止期間 (学校保健安全法施行規則による)
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 風しん	発しんが消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	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
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後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
<input type="checkbox"/> その他（裏面参照） （病名： _____ ）	【学校における感染症第一種】治癒するまで 【学校における感染症第三種】病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで

2 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であり、治癒したことを証明します。

_____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日

_____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

医 師 名 _____

【学校における感染症第一種】

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（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）及び特定鳥インフルエンザ（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第三項第六号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。）

【学校における感染症第三種】

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、急性出血性結膜炎その他の感染症