担当医 様

大阪府立八尾北高等学校校長

学校感染症証明依頼について

下記、ご記入の上、証明して頂きますようお願い申し上げます。(該当する感染症に☑をつけてください)

	感染症の種類	出席停止の期間の基準
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 <small>(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る)</small> ☐ 鳥インフルエンザ <small>(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型が H5N1であるものに限る)</small> ☐ 新型インフルエンザ等感染症 指定感染症及び新感染症	治癒するまで
第二種	☐ インフルエンザ <small>(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)</small>	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
	☐ 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2日を経過するまで
第三種	☐ 結核 ☐ 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
	☐ 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	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
	☐ 流行性角結膜炎 ☐ 急性出血性結膜炎 ☐ その他の感染症 ()	※ただし、「その他の感染症」は、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限る。

上記の感染症で、(名前) _____ は、_____ 年 _____ 月 _____ 日から
 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで加療中でしたが、治癒しましたので登校可能であることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名
 所在地
 医師名

印