医療機関証明書

鎌倉女学院中学校高等学校「学校における感染症」治癒証明書

1. 生徒氏名　　中学　・　高校　＿＿＿＿年　＿＿＿＿組　＿＿＿＿番

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 感染症

感染症名	出席停止期間
□　麻疹（はしか）	解熱後３日を経過するまで
□　風疹	発疹が消失するまで
□　水痘（水ぼうそう）	全ての発疹が痂皮化するまで
□　流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺また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
□　百日咳	特有の咳が消失するまで、または、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
□　咽頭結膜炎（プール熱）	主要症状が消退後２日を経過するまで
□　結核	医師において感染のおそれがないと認めるまで
□　髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染のおそれがないと認めるまで
□　学校感染症　第一種 【病名　　】	治癒するまで
□　学校感染症　第三種 【病名　　】	医師において感染のおそれがないと認めるまで

＊インフルエンザの場合は別様式でご提出下さい

3. 出席停止期間

令和　　年　　月　　日　より　令和　　年　　月　　日　まで

上記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

住所（所在地）

医師名　　印

学校記入欄　　担任印
対象となる日付
出席停止の日数　　日間（　　）