

学校感染症罹患証明書

福井県立科学技術高等学校

年 組 氏名

感染症の種類	出席停止期間の基準
第1類 ・(11種類)	・治癒するまで
第2類 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> 結核、髄膜炎菌性髄膜炎	・発症後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで ・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 ・解熱した後3日を過ぎるまで ・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 ・発疹が消失するまで ・すべての発疹が痂皮化するまで ・主要症状が消退した後2日を経過するまで ・症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
第3類 ・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 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他の感染症 ()	・症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

福井県立科学技術高等学校長 様

上記の感染症であることを証明します。

出席停止日 平成 年 月 日

登校可能日 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印