

# 登校許可証明書

開成学園 中学・高校 年 組 番 生徒氏名

罹患期間（出席停止期間）：平成 年 月 日から 月 日まで

下記の学校感染症について、感染の恐れがなくなったため、登校してよいことを証明します。

## 記

該当疾患に○	疾患名（疑いも含む）	出席停止期間の基準 （以下の基準に基づき、主治医が判断する。）
	インフルエンザ（ 型）	発症した後 5 日を経過し、かつ、解熱後 2 日を経過するまで。
	百日咳	特有の咳が消失する、または 5 日間の抗菌性物質製剤による治療が終了するまで。
	麻疹（はしか）	解熱後 3 日を経過するまで。
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺、または舌下腺の腫脹が発現した後 5 日間を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。
	風疹	発疹がすべて消失するまで。
	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。
	髄膜炎菌性髄膜炎	医師によって感染の恐れがないと認められるまで。
	腸管出血性大腸菌感染症	医師によって感染の恐れがないと認められるまで。
	流行性角結膜炎	医師によって感染の恐れがないと認められるまで。
	急性出血性結膜炎	医師によって感染の恐れがないと認められるまで。
	溶連菌感染症	抗生剤内服後 24 時間以上経過し、発熱等の諸症状が回復するまで。
	感染性胃腸炎	嘔吐・下痢症状が軽快し、全身状態が回復するまで。
	マイコプラズマ感染症	解熱し、咳が軽快するまで。
	伝染性紅斑	発疹期には感染力がほとんどないので、登校可能。
	ヘルパンギーナ	症状が改善し、全身状態が回復するまで。
	手足口病	全身状態が回復していれば登校可能。
	その他の疾患：	

追記・注意事項

[ ]

平成 年 月 日

住所

医療機関名

医師名

印