

【出席停止用】

証 明 書

____年____組____番 氏名 _____

上記の生徒は下記○印の学校保健安全法により、____月____日より
____月____日まで治療を要しましたが、治癒したものと認められますので、____月
____日より登校して差し支えないことを証明します

令和____年____月____日

病院名・住所 _____

主治医名 _____

該当欄に○印を入れて下さい

	病 名	学校感染症出席停止期間の基準
	インフルエンザA型	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後
	B型	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	解熱したあと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
	その他の感染症	病名 (_____)

*連絡事項：注意事項などがございましたら、ご記入下さい

東京都立八潮高等学校 担任保管→担任はコピーを保健室へ提出