

年 組 番 氏名

保護者様

滋賀学園高等学校長

### 学校感染症罹患証明書記入のご依頼

学校保健安全法第19条の規定により、出席停止の措置をとりましたので通知いたします。

医療機関において下記に必要な事項を記入いただき、学校へご提出してください。

病 名	出席停止期間
百日咳	特有の咳がなくなるまで、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
麻疹(はしか)	解熱したあと3日を過ぎるまで
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	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(三日ばしか)	発疹がなくなるまで
水痘(水ぼうそう)	すべての発疹がかさぶたになるまで
咽頭結膜熱	主な症状がなくなったあと2日を過ぎるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
(条件によっては出席停止の措置が考えられる疾患)	
溶連菌感染症、マイコプラズマ感染症、感染性胃腸炎など	全身状態が悪いなど、医師の判断で出席停止を要する場合など

※インフルエンザ・新型コロナウイルスは別様式の提出になります

※症状により、学校医、その他の医師において感染の恐れがないと認めた場合は、この限りではありません

主治医様

上記生徒において、学校保健安全法第19条の規定により出席停止の措置をとりましたので、御多用の中、誠に恐縮ですが下記証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

### 出席停止証明書

・病名 \_\_\_\_\_ と診断しましたことを証明します。

・発症日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

《出席停止を必要とした期間》

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) まで

《登校を許可する日》

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) から登校を許可します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医療機関名および

医師御芳名

印