

学校感染症に係る登校に関する意見書（罹患証明書）

\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_ 組 \_\_\_\_ 番 生徒名 \_\_\_\_\_

保護者名（ご署名） \_\_\_\_\_

※医療機関の方へ ご多用中お手数ですが、以下のご記入をお願いいたします。

第1種	<input type="checkbox"/> ( ) 【 治癒するまで 】 ※特定鳥インフルエンザは第1種です
第2種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型・ 型) 【 発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで 】 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症【発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで 】 <input type="checkbox"/> 百日咳【 特有の咳が消失 または 5日間の適正な抗菌性物質製剤療法が終了するまで 】 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) 【 解熱した後3日を経過するまで 】 <input type="checkbox"/> 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 】 <input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) 【 発疹が消失するまで 】 <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) 【 すべての発疹が痂皮化(かさぶた)するまで 】 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) 【 主要症状が消退した後2日を経過するまで 】 <input type="checkbox"/> 結核 【 病状により学校医その他医師により感染のおそれがないと認められるまで 】 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 【 病状により学校医その他医師により感染のおそれがないと認められるまで 】
第3種	【 病状により学校医その他医師により感染のおそれがないと認められるまで 】 <input type="checkbox"/> コレラ、 <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢、 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症、 <input type="checkbox"/> 腸チフス、 <input type="checkbox"/> 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 ※ただし、流行の状況や条件に応じて出席停止の措置をとることができるもの ( ) ※その他の感染症の代表例 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症(主にA群溶血性連鎖球菌咽頭炎) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症・異型肺炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルスなどによるもの) <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) など
<input type="checkbox"/> いまだ病名の確定には至っていませんが、下記のような病状から「感染のおそれなし」と判断できず、現時点での登校は不適切であると判断します。 <input type="checkbox"/> 血液・粘液を含む便、 <input type="checkbox"/> この24時間以内に複数回の嘔吐、 <input type="checkbox"/> 原因不明の発しん、 <input type="checkbox"/> よだれを伴う口内痛・口内炎 <input type="checkbox"/> 発熱・脱水などの全身症状と持続する原因不明の腹痛、 <input type="checkbox"/> がんこな咳嗽、 <input type="checkbox"/> 唾液腺の腫大 <input type="checkbox"/> いちじらしい眼脂・結膜充血 <input type="checkbox"/> その他	

その他意見欄

期 間

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

予定  
以降登校可能  
まで

上記の疾患に罹患または感染のおそれがあるため、学校保健安全法施行規則（第18.19条）にもとづき、療養を指示しました。

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

医療機関名  
診察医師名

印