

保護者 様

栃木県立鹿沼高等学校長

感染症による出席停止に関わる「治癒証明書」について

日頃より、本校の学校教育活動について、ご理解とご協力をいただき、ありがとうございます。

お子様が医師により感染症と診断された場合、学校保健安全法施行規則に基づく措置がなされます。治癒証明書の提出により、出席停止となります。（※提出がなされない場合は、出席停止と認められません。）治癒されましたら、下記の証明書を学校にご提出くださいますよう、お願いいたします。

病名	出席停止の基準
インフルエンザ	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
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（はしか）	解熱した後、3日を経過するまで
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出現が発現した後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（みずぼうそう）	すべての発疹が、かさ皮化するまで
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
結核	症状により、学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで
その他の感染症〔腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎〕…医師により感染のおそれがないと認めるまで 〈溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑（りんご病）、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症〉…条件により、出席停止措置。医師の判断による。	

…………… キ リ ト リ ……………

主治医 様

本校生徒につきまして、ご高診くださり、ありがとうございます。お忙しい中恐れ入りますが、下記、治癒証明書にご記入くださいますよう、また、学校生活上の配慮事項がございましたら、ご指導、ご助言くださいますよう、お願いいたします。

出席停止 証明書

【生徒氏名】 年 組 番 氏名 _____

【診断名】 該当する疾患名に○をつけてください

- () インフルエンザA型
- () インフルエンザB型
- () 麻疹
- () 流行性耳下腺炎
- () 水痘
- () その他 : _____ 診断名 _____

【診断日 および 出席停止期間】

【診断日】：平成 年 月 日 【出席停止期間】：平成 月 日 ~ 平成 月 日

【生活上の注意点（プールや体育について、その他）】

《 医療機関名 》

《 医師氏名 》

印