

【都立青井高等学校・出席停止用】

※保護者様 必ず主治医に記入していただき、担任へ提出してください。

ただしインフルエンザと診断された場合のみ、保護者の方が記入してもかまいません。ただし、インフルエンザの処方薬の説明書の提出も必要です。

証 明 書

____年 ____組 ____番 氏名_____

※ 該当欄に○印を入れてください。

↓

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 2 日を経過するまで
インフルエンザ B型	
百日咳	特有の咳が消失するまで。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	解熱した後 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	全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()

出席停止期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

_____ 月 _____ 日 より登校して差し支えないことを証明します。

※ 連絡事項：注意事項などがございましたら、ご記入ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

主治医名 _____ 印

担任は保健室へコピーを提出してください