

主治医 様

## 学校感染症登校許可について(依頼)

甲南女子中高等学校長

標記の件について、よろしくお願い申し上げます。

### 登校許可証明書

甲南女子中高等学校長 殿

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_組 氏名\_\_\_\_\_

感染症名

出席停止期間

--

年	月	日	～	年	月	日
---	---	---	---	---	---	---

上記の生徒は、疾病が軽快し、他の生徒に感染のおそれがないと認められましたので、登校を許可します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療機関名

医師名

印

感染症の種類	出席停止期間の基準
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日間の適正な抗生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
風疹	発疹が消失するまで
流行性耳下腺炎	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
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消退後、2日を経過するまで
結核	病状により学校医その他の医師が感染のおそれがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	

※学校処理欄(この欄は学校で記入します)

校長	教頭	教務部	指導部	養護	学年主任	担任