

登校許可証明書

愛国学園大学附属四街道高等学校長 様

学年・組 年 組 番

氏名

下記の疾患で療養中のところ、現在軽快し、登校してよいことを証明します。

年 月 日から療養開始

年 月 日から登校可能

記

該当疾患に ○印	感染症名	出席停止期間の基準(学校保健安全法施行規則および施行令による) *以下の基準に基づき、主治医が判断する
	百日咳	特有な咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌薬による治療が終了した後
	麻疹	解熱後3日を経過するまで
	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となった後
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	腸管出血性大腸菌感染症	医師によって感染のおそれがないと認められるまで
	流行性角結膜炎	医師によって感染のおそれがないと認められるまで
	急性出血性結膜炎	医師によって感染のおそれがないと認められるまで
	感染性胃腸炎	嘔吐・下痢症状が軽快し、全身状態が回復するまで
	溶連菌感染症	抗生物質内服開始後24時間以上経過し、発熱、発疹等の諸症状が回復するまで
	ウイルス性肝炎	肝機能が正常になるまで
	マイコプラズマ感染症	解熱し、咳が軽快するまで
	新型コロナウイルス感染症	医師によって感染のおそれがないと認められるまで
	その他の伝染病	(診断名)

証明日 年 月 日

【学校での諸注意】

医療機関名

医師名

印