

登校許可証明書

静岡学園中学校・高等学校長 様

中学・高校 年 組 番 氏名 _____

該当する疾病名に○印をつけてください。

分類	疾病名	出席停止期間
第1種	第1種感染症 []	治癒するまで
	百日咳	特有の咳が消失する、または5日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
第2種	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日間を経過し、かつ全身状態が良好となるまで
	風しん	発しんが消失するまで
	水痘	全ての発しんが痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核	医師が感染の恐れがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	医師が感染の恐れがないと認めるまで
	第3種	溶連菌感染症
マイコプラズマ感染症		
感染性胃腸炎		
その他の感染症 []		

上記疾病により加療中でしたが、感染の恐れがない、または少ないため登校を許可します。

出席停止期間： 令和 年 月 日 ~ 月 日

令和 年 月 日 医療機関名

医 師 名

印