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

該当する疾病名に〇印をつけてください。

種	感　染　症　名		出席停止期間の基準 （ただし、病状により学校医またはその他の医師において感染症のおそれがないと認めたときはこの限りでない）
第1種		第１種感染症 [　　]	治癒するまで
第2種		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
		麻しん	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		コレラ	医師が感染の恐れがないと認めるまで
		細菌性赤痢	
		腸チフス	
		パラチフス	
		腸管出血性大腸炎	
		流行性角結膜炎	
		急性出血性結膜炎	
		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