

登校許可書

金町中学校校長様

____年____組 氏名_____

< 感染症名 >

| 病名 | 出席停止期間の基準 |
|----------------------------|--|
| インフルエンザ____型 (※H5N1を除く) | 発症後5日が経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで |
| 百日咳 | 特有な咳が消失するまで、または 5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで |
| 麻疹(はしか) | 解熱した後、3日を経過するまで |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 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、かつ全身症状が良好になるまで |
| 風疹(三日ばしか) | 発疹が消失するまで |
| 水痘(みずぼうそう) | 全ての発疹が かさぶたになるまで |
| 咽頭結膜熱 | 主要症状が消失した後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 | |
| 流行性角結膜炎 | |
| 急性出血性結膜炎 | |
| 溶連菌感染症 | 適正な抗菌剤治療開始後24時間を経過し、全身状態が良好になるまで |
| マイコプラズマ感染症 | 急性期が過ぎ、全身状態が良好で 医師が感染の恐れがないと認めるまで |
| 感染性胃腸炎 | 下痢嘔吐症状が軽快し 全身状態が改善されるまで |
| その他 () | 医師が感染の恐れがないと認めるまで |

< 出席停止期間 > 平成____年____月____日 ~ 平成____年____月____日

上記の者は、○印の学校感染症が軽快し、かつ学校保健安全法の基準により感染症予防上支障がないと認め、治癒しましたので、登校を許可します。

平成____年____月____日

医療機関名

医師名_____印