

# 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