

学校伝染病（第2・3種）の診断書及び証明書

学校名 岐阜第一高等学校
 年 組 氏名 _____

1. 上記の者について、下記の病気を診断しました。
 2. 上記の者について、下記の病気により _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)
 まで出席を停止したことを認めます。

該当の項目に○印をつけてください。

第 2 種	1	インフルエンザ (_____ 型)	発症後 5 日が経過し、かつ、解熱した後、2 日を経過するまで
	2	百日咳	特有の咳が消失するまで、又は 5 日間の適正な抗菌性製剤による治療が完了するまで
	3	麻疹	解熱した後、3 日を経過するまで
	4	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又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
	5	風疹	発疹が消失するまで
	6	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	7	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2 日を経過するまで
	8	結核及び髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医その他の医師の指示による、伝染のおそれがないと認めるまで
第 3 種	9	コレラ	症状により学校医その他の医師の指示による、伝染のおそれがないと認めるまで
	10	細菌性赤痢	
	11	腸管出血性大腸菌感染症	
	12	腸チフス	
	13	パラチフス	
	14	流行性角結膜炎	
	15	急性出血性結膜炎	
	16	その他 ・溶連菌感染症 ・ウイルス性肝炎 ・手足口病 ・ヘルパンギーナ ・マイコプラズマ肺炎 ・髄膜炎 ・ノロウイルス感染症 ・その他 (_____)	

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印 _____