

感染症治療証明書

大阪府立和泉支援学校長 宛

(小 ・ 中 ・ 高) 年 組 名 前

診断を受けたものについて「診断」欄に○印の記入をお願いいたします。また「その他の感染症」については、()内に診断名を記入してください。

診断	対象疾病	出席停止期間の基準
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウィルスであるものに限る)、南米出血熱、マールブルグ病、痘そう、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウィルスA属インフルエンザAウィルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る)、中東呼吸器症候群(MERS)	治癒するまで
第二種	インフルエンザ(鳥インフルエンザ[H5N1]を除く)	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日(幼児にあつては、3日)を経過するまで
	新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウィルス属のウィルスであるものに限る)	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
	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物質製剤による治療が終了するまで
	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下線又は舌下線の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
第三種	結核	病状により学校医等において感染のおそ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	
	腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス	
	その他の感染症()	

(受診機関名) にて、上記の診断を受け、 月 日 日より登校可能な許可を得たことを証明します。

令和 年 月 日 (保護者名)