

(保護者記入用 R7.10月~)

茨城県立下妻第二高等学校長 殿

自宅療養証明書

医師による診断を受け、療養し回復したことを報告します。

記

治癒報告書		
年・組・番号・氏名	年　　組　　番　　氏名	
診断名	<ul style="list-style-type: none"> ・当てはまる数字に○をつけてください。 ・「17 その他」の場合は、()内に感染症名を記入してください。 1 インフルエンザ (　　型) 2 新型コロナウイルス感染症 3 咽頭結膜熱(プール熱) 4 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 5 水痘(水ぼうそう) 6 風疹 7 百日咳 8 隹膜炎菌性隕膜炎 9 結核 10 麻疹 11 流行性角結膜炎(はやり目) 12 急性出血性結膜炎 13 腸管出血性大腸菌感染症(O157 等) 14 感染性胃腸炎 15 溶連菌感染症 16 マイコプラズマ肺炎 17 その他()	
	発症日	令和　　年　　月　　日 ()
	出席停止期間	令和　　年　　月　　日 ~ 令和　　年　　月　　日
	受診した医療機関名	
	令和　　年　　月　　日	保護者氏名 (署名)

- ・受診したことがわかるもの（処方箋、領収書のコピー等）を裏面に添付してください。
 - ・必要に応じて診断書の提出を求める場合もあります。

ここに処方箋、領収書のコピー等を貼り付けてください

分類	疾病名	出席停止期間の基準
第2種	インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまでまたは、5日間の適切な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	麻しん（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、額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、全身状態が良好になるまで
	風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
	水痘(水ぼうそう)	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
	結核	伝染のおそれがなくなるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	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
第3種	新型コロナウイルス感染症	発症日から5日が経過し、かつ、発熱や咳などの症状軽快から1日が経過するまで
	腸管出血性大腸菌感染症、 急性出血性結膜炎 流行性角結膜炎 その他の感染症→マイコプラズマ肺炎 感染性胃腸炎 溶連菌感染症など (学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性があるもの)	病状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまでとされている。また、「その他の伝染病」については、必要な場合、校長が学校医等の意見を聞き、伝染病の種類や各地域、学校における伝染病の発生・流行の態様等を考慮の上、第3種の伝染病として対応できるように措置したものである。

※その他の感染症に関して、主治医が感染のおそれがないと認めた場合はこの限りではありません。