

登校許可証明

年 組 氏名

上記児童は、右疾病の主要症状が消退し、

感染の恐れがないものと認めますので、

____ 月 ____ 日 から登校を許可します。

年 月 日

医師名 _____ 印

疾病名

(該当するものに○をお願いします)

- * インフルエンザ・・・発症から5日を経過し、かつ、解熱した後、2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（はしか）・・・解熱後、3日を経過するまで
 - * ウイルス性肝炎・・・主要症状が消退するまで
 - * 流行性耳下腺炎・・・耳下腺、顎下腺又は舌下腺の膨張が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
 - * 風疹（三日はしか）・・・・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（プール熱）・・・主要症状が消退した後、2日を経過するまで
 - * 溶血性連鎖球菌感染症・・・効果的な抗菌剤を使用して24時間を経過するまで
- 以下 治癒するまで
- * エボラ出血熱
 - * クリミア・コンゴ熱
 - * ベスト
 - * マールブルグ病
 - * ラッサ熱
 - * 腸管出血性大腸菌感染症
 - * 急性灰白髄炎（ポリオ）
 - * 流行性角結膜炎
 - * コレラ
 - * 急性出血性結膜炎
 - * 細菌性赤痢
 - * その他の伝染病
 - * ジフテリア
 - * 腸チフス
 - * パラチフス

校長	教頭	教務	主任	担任	養護