

証明書（学校感染症用）

洛南高等学校
洛南高等学校附属中学校

（中・高） 年 組 番

氏名 _____

【学校感染症】

該当疾患に○印、疾患名がない場合は、必要な疾患名をご記入ください。

新型コロナウイルス感染症、インフルエンザにつきましては、発症日をご記入ください。

なお、インフルエンザは発熱した日を発症日とします。新型コロナウイルス感染症は、症状が出た日を発症日とし、発症日が明らかでない場合は、陽性確定となった検体の採取日を発症日とします。

第一種		新型コロナウイルス感染症	発症日： 年 月 日
		新型コロナウイルス感染症 疑い	
		新型コロナウイルス感染症 濃厚接触	
		新型コロナウイルス感染症 濃厚接触 疑い	
		新型コロナワクチン接種（副反応含む）	接種日： 年 月 日
		【	】
第二種		インフルエンザ（ ）	発症日： 年 月 日
		インフルエンザ 疑い	
		麻疹（はしか）	
		風疹（3日ばしか）	
		咽頭結膜熱（プール熱）	
		百日咳	
		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
		水痘（水ぼうそう）	
		結核	
	髄膜炎菌性髄膜炎		
第三種		腸管出血性大腸菌感染症	
		急性出血性結膜炎	
		細菌性赤痢	
		流行性角結膜炎	
		【	】

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

保護者名 _____ 印

※この用紙は、出席停止期間が終わり、登校する日のSHRまでに保健室に提出してください。

※新型コロナウイルス感染症につきましては、保護者による報告でも可とします。

ただし、感染や濃厚接触以外で、2週間以上休む場合は、医師による証明が必要です。