

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 () 型	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、インフルエンザにつきましては、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。

