

感染症登校許可証明書

学校名	慶應義塾女子高等学校	クラブ	部
学年・組・番号	年 組 番	氏名	

下記の感染症(疑いを含め)に罹患した場合は、主治医に以下の二重枠線内をすべて記入してもらい登校してください。
登校初日は、すみやかに本証明書を担任に提出してください。

上記の者は、下記の疾病について学校感染症ガイドラインに基づき、以下の措置が適当と判断します。

疾病名			
	※インフルエンザ(A型・B型)		咽頭結膜熱
	麻疹(はしか)		流行性角結膜炎
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		急性出血性結膜炎
	風疹(三日はしか)		感染性胃腸炎* ¹ ()
	水痘(みずぼうそう)		百日咳
	結核		その他* ² ()

上記疾病の該当欄に○印を記入してください

初診	20	年	月	日					
登校禁止期間	20	年	月	日	～	20	年	月	日
登校許可	20	年	月	日					

20 年 月 日 医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____

- *1 感染性胃腸炎(ウイルス性胃腸炎)、コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス等。
- *2 学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性のある感染症とする。

※インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く)の登校の目安:発症後5日を経過し(発症日を第0日として第6日目)、かつ、解熱した後2日を経過(解熱日を第0日として第3日目) 学校保健安全法施行規則

----- 以下保健室記入欄(記入しないでください) -----

休み始めた日	20	年	月	日		時限目	
登校許可日	20	年	月	日		時限目	
保健室確認日	20	年	月	日	:	確認者	_____
校医確認日	20	年	月	日		校医	_____