

証 明 書

学 校

幼稚園

年

組

名 前

上記の者 感染症 第〔 1 ・ 2 ・ 3 〕 種〔 番号 型 : 〕にて

※型が判明している場合は明記して下さい。

平成 年 月 日から 月 日まで罹患し加療中のところ、感染の恐れがなくなりましたので、登校してさしつかえないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

学校において予防すべき感染症	
第1種	①エボラ出血熱 ②クリミア・コンゴ出血熱 ③重症急性呼吸器症候群 ④痘そう ⑤南米出血熱 ⑥ペスト (病原体が ^ベ -コロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る) ⑦マールブルグ病 ⑧ラッサ熱 ⑨急性灰白髄炎 (ホ ^リ 財) ⑩ジフテリア ⑪特定鳥インフルエンザ (感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定する特定鳥インフルエンザ) ⑫中東呼吸器症候群 (病原体 ^ベ -コロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る)
第2種	⑮インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く) ⑯百日咳 ⑰麻疹 ⑱流行性耳下腺炎 ⑲風疹 ⑳水痘 ㉑咽頭結膜熱 ㉒結核 ㉓髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	㉔コレラ ㉕細菌性赤痢 ㉖腸管出血性大腸菌感染症 ㉗腸チフス ㉘パラチフス ㉙流行性角結膜炎 ㉚急性出血性結膜炎 ㉛その他の感染症

※医師の方へお願い※

お手数をかけますが、表を参考のうえ、上記に必要な事項をご記入いただき該当者又は保護者に持たせていただきますようお願いいたします。

◆インフルエンザ (H1N1) 2009 は、第2種に該当します。

◆第3種 手足口病・伝染性紅斑・伝染性膿痂疹は、原則として除外されましたので証明書の必要はありません。

伝 染 病 紅 斑 : 発熱があり関節痛等全身症状強く、登校(園)が難しい場合

手 足 口 病 : 飲水飲食が不可、又中枢神経症状を伴う場合

伝 染 性 膿 痂 疹 : 膿痂疹の範囲が広く症状の悪化が危惧される場合

上記該当項目があれば、主治医の判断により登校(園)出来ない場合もあります。その時は、証明書が必要となります。