

登校許可書

____年 ____組 ____番 生徒氏名_____

療養期間	年	月	日 ()	～	月	日 ()
------	---	---	-------	---	---	-------

学校保健安全法施行規則第18条の感染症 (該当するものに○印をつけてください)

種類	○印	対象の感染症	出席停止の期間の基準 (学校保健安全法施行規則第19条より)
第1種		エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア SARS 鳥インフルエンザ	治癒するまで。
		インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで。
第2種		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	解熱した後3日を経過するまで。
		流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。
		風しん	発しんが消失するまで。
		水痘	すべての発しんが痂皮化するまで。
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで。
		結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。
		髄膜炎菌性髄膜炎	
第3種		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 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

(※第1種と第3種の感染症は、該当する感染症名を○でかこんでください。)

上記の者は、症状が軽快し、かつ、学校保健安全法施行規則第19条の出席停止の期間の基準により、他の生徒への感染のおそれがないと認めたので、登校を許可する。

年 月 日

病院名

医師名

印