

学校伝染病による出席停止証明書

組 _____ 名前 _____

標記の児童は、下記のため _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日の期間、出席停止を要するものと認めます。

※該当疾病の欄に✓をして下さい。

チェック	疾患名	出席停止期間
	インフルエンザ	発症後5日、かつ、解熱後3日が経過するまで
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺、又は舌下腺の腫脹が発現した後 5 日間を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	麻疹 (はしか)	解熱後3日を経過するまで
	風疹 (三日はしか)	発疹の消失するまで
	水痘 (水ぼうそう)	全ての発疹が痂皮化するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または 5 日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
	その他の感染症 (病名 : _____)	医師が認めるまで

学校法人双羽学園 双羽幼稚園・保育所 園長 宛

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関及び医師名 _____