

出席停止のお知らせ

年 組 番

保 護 者 様

静岡大成中学校高等学校長

お子様は、下記の疾病（○印）にかかっているか、または疑いがあります。つきましては、学校保健安全法第19条の規定により、医師の許可があるまで登校を控えて下さい。治りましたら下記の証明書に医師の証明・押印をいただいてクラス担任へ提出して下さい。

記

病名又は疑い	学校を休ませたい期間
1. 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
2. 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
3. 麻疹	解熱した後、3日経過するまで
4. 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
5. 風疹	発疹が消失するまで
6. 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
7. 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
8. 結核	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
9. 髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
10. コレラ	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
11. 細菌性赤痢	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
12. 腸管出血性大腸炎感染症	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
13. 腸チフス	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
14. パラチフス	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
15. 流行性角結膜炎	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
16. 急性出血性結膜炎	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで
17. その他（ ）	症状により医師が伝染の恐れがないと認めるまで

証 明 書 NO.

出席を停止した生徒名		第 学年 組
保 護 者 名		S・H 年 月 日生
住 所		
※出席停止を指示した年月日	平成 年 月 日	
※出席を停止した理由		
※出席停止期間	平成 年 月 日 より 月 日まで	

静岡大成中学校高等学校長 様
平成 年 月 日

医師 住所
氏名

印