

証明書(学校感染症用)

西大和学園中学校・高等学校

該当疾患に○印、疾患名がない場合は、必要な疾患名をご記入ください。

新型コロナウイルス感染症、インフルエンザにつきましては、発症日をご記入ください。

なお、インフルエンザは発熱した日を発症日とします。新型コロナウイルス感染症は、症状が出た日を発症日とし、発症日が明らかでない場合は、陽性確定となった検体の採取日を発症日とします。

第一種		新型コロナウイルス感染症	発症日： 年 月 日
		新型コロナウイルス感染症 疑い	
		新型コロナウイルス感染症 濃厚接触	
		新型コロナウイルス感染症 濃厚接触 疑い	
		新型コロナワクチン接種(副反応含む)	接種日： 年 月 日
		【 】	
第二種		インフルエンザ ()型	発症日： 年 月 日
		インフルエンザ 疑い	
		麻疹(はしか)	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
		風疹(3日ばしか)	水痘(水ぼうそう)
		咽頭結膜熱(プール熱)	結核
		百日咳	髄膜炎菌性髄膜炎
第三種		腸管出血性大腸菌感染症	細菌性赤痢
		急性出血性結膜炎	流行性角結膜炎
		【 】	

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(中・高) 年 組 番 氏名

保護者名

印

<医師記入欄>

医療機関名：

医師氏名：

印

※この用紙は、出席停止期間が終わり、登校する日の SHR までに担任に提出してください。

※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザにつきましては、医師の診断がなくても保護者からのこの用紙の提出でも可とします。