

年 月 日

校長	教頭	教務	担任

出席停止願

日本大学東北高等学校長 殿

下記の治癒証明書，または診断書の通り，出席停止の取り扱いをお願い致します。

_____年_____組_____番 ふりがな生徒氏名 _____(男・女)

保護者名 _____
(自署捺印) (印)

治癒証明書 を付けてください。学校感染症の種類（学校保健安全法施行規則第18条による）

第一種 感染症	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> 痘瘡 <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> マールブルグ熱 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(病原体が SARS コロナウイルスであるものに限る) <input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルス A 属インフルエンザ A ウイルスであってはその血清亜型が H5N1 であるものに限る) ※上記の他, <input type="checkbox"/> 新型インフルエンザ等感染症 <input type="checkbox"/> 指定感染症及び新感染症 ()
第二種 感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ<鳥インフルエンザ (H5N1) を除く> <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
第三種 感染症	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 ※この他に条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる疾患として, <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症 <input type="checkbox"/> アタマジラミ <input type="checkbox"/> 水いぼ (伝染性軟疣腫) <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 (とびひ) <input type="checkbox"/> その他の感染症 ()
出席停止 期間	_____年 _____月 _____日 () ~ _____月 _____日 ()

上記疾病が治癒したことを証明します。

年 月 日

診療機関名

医師名

(印)