

決 裁	校 長	教頭	教 頭	校長 補佐	教務 部長	養護 教諭	学年 部長	担任

学校感染症の疑いによる受診証明書

市原中央高等学校長 様

第 学年 組 番 生徒氏名

上記の者が学校感染症の疑いで令和 年 月 日受診しました。

診察の結果、

- ① 学校感染症に感染しており自宅での療養が必要です。
- ② 学校感染症への感染はありませんでした。

診断名（□に✓）

- ☐風疹 ☐麻疹 ☐流行性耳下腺炎 ☐インフルエンザ（ A ・ B ）
☐感染性胃腸炎 ☐水痘 ☐結核 ☐咽頭結膜熱 ☐百日咳
☐急性出血性結膜炎 ☐流行性角結膜炎 ☐Covid19
☐その他の感染症（ ）

出席停止期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

上記の疾患について、他に感染のおそれがないことを証明致します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 印

＜保護者の皆様へ＞

今年度より感染症の対応を下記のとおり変更します。

【昨年度までの対応】

・発熱や咽頭痛，咳等の普段と異なる症状がある場合，医療機関の受診の有無にかかわらず出席停止扱いとします。

【今年度よりの対応】

・発熱等感染の疑いがある場合は医療機関を受診してください。
・ホームページより『学校感染症の疑いによる受診証明書』をダウンロードしていただき医師に記入をお願いしてください。感染の有無にかかわらず，受診した日は出席停止扱いとなります。

※診断の結果，①療養が必要と判断された場合

『学校感染症の疑いによる受診証明書』の医療機関に必要事項を記入していただき，次回登校の際に学級担任に提出してください。尚，「解熱後2日経過したら出席可」のような指示があれば，出席停止期間については，保護者の方の記入でも構いません。

※診断の結果，②感染がありませんと判断された場合

『学校感染症の疑いによる受診証明書』の「…学校感染症の疑いで令和 年 月 日受診しました」と「医療機関名・医師名」の項目を記入していただき提出をお願いします。診断結果が「感染がありませんでした」となった場合でも，受診日は出席停止とします。

お手数ですが、ご協力をお願いします。