

病 欠 証 明 書

学 校 名	石 川 県 立 翠 星 高 等 学 校
生徒氏名等	H 番 氏名
病 名 _____	
上記の疾病により 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	
休養を（ 要する ・ 要した ）ことを証明する。	
令和 年 月 日	
医療機関名	
医 師 名	

※この証明書は、学校において予防すべき感染症に関する出席停止の証明のみに用いるものとする。

《参考》出席停止の期間の基準（学校保健安全法施行規則第19条）一部抜粋

第1種 治癒するまで。

第2種 次の期間（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く）。ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りでない。

イ 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。

ロ 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。

ハ 麻疹 解熱した後3日を経過するまで。

ニ 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。

ホ 風しん 発しんが消失するまで。

へ 水痘 すべての発疹が消失するまで。

ト 咽頭結膜炎 主要症状が消退した後2日を経過するまで。

第3種 （第3種及び結核、髄膜炎菌性髄膜炎）病状により学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで。

供	校 長	教 頭	教務主任	保健課担当
覧				