

「学校において予防すべき感染症」罹患証明書 記入について(ご依頼)

本学では「学校保健安全法」に則り、本学学生が感染症に罹患した場合、出席停止としております。お手数おかけ致しますが、登校に支障がなくなりました際には下記証明書にご記入いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

(本人記入)					
学 籍 番 号					

感 染 症 罹 患 証 明 書

学 生 氏 名 : _____

上記の学生を学校保健安全法施行規則第18条に定める「学校において予防すべき感染症」と診断しましたので報告します。

【疾患名】※該当欄にレ点を付けてください

疾患名	出席停止期間の基準
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱した後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 風しん	発しんが消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発しんが痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	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るまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> その他	【第1種】治癒するまで
()	【第3種】医師において感染のおそれがないと認めるまで

【出席停止期間】

上記感染症により、下記の期間の出席停止が必要であったことを証明します。

年 月 日 ~ 年 月 日 まで

年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

医師名

印