

ご担当医様

奈良佐保短期大学

学校感染症罹患証明書記入のご依頼

学校保健安全法施行規則第 18 条に規定されている「学校において予防すべき感染症」に罹患しました本学学生につきまして、以下により病名及び出席停止期間等を証明くださいますようお願いいたします。

学籍番号		名 前	
------	--	-----	--

(本人記入)

対象疾病に☑印をご記入ください。

	対象疾病	出席停止期間の基準
第一種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）	発症した後（発熱の翌日を 1 日目として）5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日（幼児は 3 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（はしか）	解熱した後 3 日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	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（ふうしん、三日はしか）	発しんが消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	すべての発しんが痂皮化するまで
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後 2 日経過するまで
	<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"/> 結核	感染の恐れがないと医師が認めるまで
第三種	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医等において感染の恐れがないと認めるまで
	<input type="checkbox"/> 流行性嘔吐下痢症	
<input type="checkbox"/>	第一種又は第三種（病名： _____)	

出席停止期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
備 考	

上の者は、出席停止期間以後の登学に支障がないことを証明します。

証明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)