

ご担当医各位

「学校において予防すべき感染症 罹患証明書」ご記入について（依頼）

「学校において予防すべき感染症（学校感染症）」に罹患しました本学学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

尾道市立大学 医務室

TEL 0848-22-8312（内線250）

学校において予防すべき感染症 罹患証明書

発行日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 氏名： \_\_\_\_\_ 学籍番号（学生本人記入）： \_\_\_\_\_

上記の者は、下記の学校感染症と診断しましたので、報告します。

2. 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
<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"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	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"/> 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"/> 風疹	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
<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	症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	症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"/> その他* ( _____ )	【第一種】 治癒するまで 【第三種】 医師において感染のおそれがないと認めるまで

\*学校保健安全法施行規則第18条に定める感染症の種類による

3. 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

年	月	日	～	年	月	日
---	---	---	---	---	---	---

医療機関名

住所(所在地)

電話番号

医師名

(署名または記名押印)