

学校感染症・登校許可証明書 記入について (お願い)

学校感染症により感染のおそれがある登校停止期間を下記証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。  
 本学より、ご記入いただきました事項について確認させていただく場合がありますのでどうぞよろしくお願ひいたします。

学長 殿

学校感染症・登校許可証明書 (以下すべて医師記入欄)

フリガナ 氏名		女
生年月日 (西暦)	年 月 日 ( 才)	

上記の者は、下記疾患に罹患あるいは罹患した疑いにより \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで登校停止期間であったと考えます。  
 今現在は、感染のおそれがないものとして登校可能であると考えます。

該当するものに○をご記入ください。

疾 患 名		出席停止期間の基準 (以下の基準に基づき、主治医が判断)	
<input type="checkbox"/>	エボラ出血熱	<input type="checkbox"/>	ペスト
<input type="checkbox"/>	クリミア・コンゴ出血熱	<input type="checkbox"/>	マールブルグ熱
<input type="checkbox"/>	痘そう	<input type="checkbox"/>	ラッサ熱
<input type="checkbox"/>	南米出血熱	<input type="checkbox"/>	急性灰白髄炎
<input type="checkbox"/>	ジフテリア		
<input type="checkbox"/>	重症急性呼吸器症候群 (SARSコロナウィルス)		
<input type="checkbox"/>	鳥インフルエンザ (H5N1)		
<input type="checkbox"/>	新型インフルエンザ等感染症		
<input type="checkbox"/>	指定感染症 ( )		
<input type="checkbox"/>	新感染症 ( )		
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ 鳥インフルエンザ (H5N1) 及び新型インフルエンザ等感染症を除く	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	特有の咳が消失するまで、または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)	<input type="checkbox"/>	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・ムンプス)	<input type="checkbox"/>	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 (三日はしか)	<input type="checkbox"/>	発しんが消失するまで
<input type="checkbox"/>	水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	主要症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	<input type="checkbox"/>	発症日翌日から5日を経過し、かつ熱が下がり症状が軽快して24時間が経過するまで
<input type="checkbox"/>	コレラ	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	腸チフス	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	パラチフス	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他の感染症 ※ ( )	<input type="checkbox"/>	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

※ その他の感染症には、溶連菌感染症、手足口病、伝染性紅斑、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、流行性嘔吐下痢症があげられます。  
 (流行性嘔吐下痢症: ノロウィルス等によっておこる嘔吐や下痢)

年 月 日 医療機関名・住所

医 師 名 ㊟

\* 「学校感染症・登校許可証明書」は、登校時に学生生活支援センターへ提出してください。  
 ただし、インフルエンザに限り医療機関発行の診断書を用いても構いません。  
 また、新型コロナウイルス感染症の場合は、別に指定する方法(ホームページに記載)での報告を認めます。