

主治医様

仁愛女子短期大学

感染症罹患証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の本学学生について、診断内容等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：仁愛女子短期大学 学生部 TEL：0776-43-6601

感染症罹患証明書

学籍番号 _____

氏名 _____

上記の学生は下記の疾病に罹患していることを証明します。

感染症名（該当欄に○印をつけてください）

病名	出席停止の期間（基準）
第一種感染症（ ）	治癒するまで
インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）	発症後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで
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
麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
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
風しん（三日はしか）	発疹が消失するまで
水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
結核、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
その他（ ）	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

初診日 令和 年 月 日

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名・所在地

医師名 _____ (印)