

学校感染症罹患証明書

太枠内を自身で記入し、医療機関へ提出してください。

| | | | |
|------|-----|-------|--|
| フリガナ | | 学科専攻 | |
| 氏名 | | 学生証番号 | |
| 連絡先 | 〒 — | | |

該当する感染症名に○印をつけてください。

| | 感染症名 | 出席停止期間 |
|--------------------|--|---------------------------------------|
| 第一種 | 感染症法の一類、二類感染症 指定感染症 ※結核除く 感染症名【 】 | 治癒するまで |
| 第二種 | インフルエンザ | 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 日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで |
| | 麻疹(はしか) | 解熱した後 3 日を経過するまで |
| | 水痘(水ぼうそう) | すべての発疹が痂皮化するまで |
| | 風しん(三日ばしか) | 発疹が消失するまで |
| | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 耳下腺等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 |
| | 咽頭結膜熱(プール熱) | 主症状が消退した後 2 日を経過するまで |
| | 結核 | 医師により感染のおそれがないと認められるまで |
| 第三種 | コレラ、細菌性赤痢、腸チフス 等 | 医師により感染のおそれがないと認められるまで |
| | 腸管出血性大腸菌感染症 | |
| | 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎 | 眼症状の改善、医師により感染のおそれがないと認められるまで |
| 感染症名 | | 再登校のめやす |
| 第三種 その他 | 感染性胃腸炎 | 下痢、嘔吐が治まり、全身状態良好 |
| | サルモネラ感染症、カンピロバクター感染症 | |
| | マイコプラズマ感染症 | 急性期が過ぎ、症状が改善し、全身状態良好 |
| | インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症 | 発熱、咳などの症状が安定し、全身状態良好 |
| | 溶連菌感染症 | 適切な抗菌薬治療後 24 時間を経て、解熱し全身状態良好 |
| | 伝染性紅斑 | 発疹のみで全身状態良好 |
| | 急性細気管支炎(RS ウイルス感染症) | 呼吸器症状が消失し、全身状態良好 |
| | EB ウイルス感染症 | 解熱し全身状態良好 |
| | 単純ヘルペス感染症 | 症状が口唇ヘルペス、歯肉口内炎のみの状態(マスク着用) |
| | 帯状疱疹 | 病変部が適切に被覆できる状態のとき |
| 手足口病、ヘルパンギーナ | 解熱し全身状態が安定したとき | |
| ウイルス性肝炎 | 主症状が消失し、肝機能が正常化したとき | |

○安静加療が必要な期間（出席停止期間）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
令和 年 月 日

住所

医療機関名

医師氏名

印