

学校感染症の登校許可証明書記入について（お願い）

この度、本学学生より学校感染症の罹患報告があり、学校保健安全法により出席停止の措置を行いました。お手数ですが、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。

問い合わせ先： 学生部学生課 TEL：03-3299-2315
 学生支援センターTEL：03-3299-2119

感染症登校許可証明書

氏名 _____ 学籍番号 _____

上記の者は、下記の疾病が改善し、登校してよいことを証明します。

疾病名 ^{※1}	出席停止期間 ^{※2}
<input type="checkbox"/> インフルエンザ ()型	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	主要症状消退後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	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	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 ()	・学校感染症第一種：治癒するまで ・学校感染症第三種：医師において感染のおそれがないと認めるまで

※1 上記疾病の該当欄にレ点を付けてください。

※2 ただし、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たときは、この限りではない（学校保健安全法）。

発症日(発熱した日) 年 月 日
 初診 年 月 日
 出席停止期間 年 月 日～ 年 月 日
 登校許可 年 月 日から

年 月 日

医療機関名

住所・電話

医師名 _____ 印