

学校感染症・登校許可証明書 記入について (ご依頼)

本学では、学校感染症に罹患あるいは罹患した疑いがあり、他への感染の恐れがある場合、登校停止を規定しております。お手数をおかけしますが、他への感染のおそれなくなり、登校に支障がなくなりました際には、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。なお、本学より問い合わせをさせていただいた場合には、どうぞよろしくお願いいたします。

学長 殿

学校感染症・登校許可証明書

学部・研究科 (本人記入)	フリガナ 氏 名	男・女
学籍番号 (本人記入)	生年月日	年 月 日 生

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 から症状を認めておりましたが、もはや他への感染のおそれがないものと考え、_____年 月 日から登校停止解除が妥当であると考えます。

該当するものに○を記入してください。

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コロナウイルス)		
<input type="checkbox"/>	中東呼吸器症候群 (MERSコロナウイルス)		
<input type="checkbox"/>	特定鳥インフルエンザ		
<input type="checkbox"/>	新型インフルエンザ等感染症		
<input type="checkbox"/>	指定感染症 (新型コロナウイルス感染症)		
<input type="checkbox"/>	新感染症 ()		
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ (特定鳥インフルエンザ除く)	<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 (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
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	<input type="checkbox"/>	感染のおそれがないと認めるまで
<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

※ただし、医師が感染のおそれがないと認めたときは、この限りではない

※ 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 (感染性胃腸炎：ノロウイルスなど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

印

* 学校感染症・登校許可証明書は、登校時に、各学部等事務室へ提出してください。