

ご担当医 殿

白百合女子大学ウェルネスセンター健康相談室  
03-3326-3270

## 「学校感染症治癒証明書」の記入について(ご依頼)

学校保健安全法施行規則第 18 条、19 条により、学校において予防すべき感染症に罹患した本学学生について、下記の証明書にご記入いただけますようお願い申し上げます。

学籍番号: \_\_\_\_\_ 学生氏名: \_\_\_\_\_  
(※学籍番号・氏名は学生が記入してください)

医師記入欄

## 学校感染症治癒証明書

上記の者は、下記の感染症が治癒または他者への感染の恐れがなくなったため、出席に支障がないことを証明します。

※該当欄にある□にレ点をつけてください。

分類	感染症名	出席停止期間
第一種	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> 痘そう <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> マールブルグ病 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ポリオ) <input type="checkbox"/> ジフ <input type="checkbox"/> テリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群(SARS コロナウイルス限定) <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 呼吸器症候群(MERS コロナウイルス限定) <input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ <input type="checkbox"/> 指定感染症 <input type="checkbox"/> 新感染症	治癒するまで
第二種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ( 型)(※1)	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(はしか)	解熱後 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)	耳下腺、顎下腺また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)	発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状消退後 2 日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後 5 日を経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 結核	症状により、学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
	<input type="checkbox"/> 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恐れがないと認めるまで
第三種	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> パラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	症状により、学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで
① 感染症 その他	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(※2) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	
② 感染症 その他	<input type="checkbox"/> 上記以外のその他感染症(感染症名: _____ )	

※1 インフルエンザについては、「診療明細書」と「調剤明細書」の両方の提出をもって、本様式の代替とすることができる

※2 ウイルス性胃腸炎、ウイルス性腸炎、細菌性胃腸炎、細菌性腸炎、感染性腸炎、ノロウイルス、ロタウイルスを含む

出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

(他者に対して感染の恐れがある期間)

20 年 月 日

医療機関名

医師名

印