

ご担当医各位

学校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る下記の学校感染症に罹患しました本学学生について、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。

関西福祉科学大学・関西女子短期大学 教務部
TEL:072-977-9549(大学)
TEL:072-977-9552(短大)

※「学校感染症罹患証明書」による情報は、原則として第三者に開示いたしません。ただし、学内集団感染において緊急を要する場合、法令に基づき場合、本人の生命・身体・財産を保護するために必要がある場合は、本人の同意を得ずに例外的に第三者(保健所など)に開示することがあります。

学校感染症罹患証明書

発行日： 年 月 日

1. 氏名： _____ 学籍番号(学生本人記入)： _____

上記の者は、下記の学校感染症と診断しましたので報告します。

2. 疾患名 (※該当欄にシ点等ご記入ください。)

| 疾患名 | 出席停止期間 |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明 | 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"/> 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、症状軽快後1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日間の適切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) | 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(三日ばしか) | 発しんが消失するまで |
| <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) | すべての発しんが痂皮化するまで |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) | 主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| <input type="checkbox"/> 結核 | 病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 | |
| <input type="checkbox"/> その他* () | 【第1種】完全に治癒するまで 【第3種】医師において感染のおそれがないと認めるまで |

*学校保健安全法施行規則第18条に定める感染症の種類による

3. 出席停止期間

主治医として下記期間の出席停止が必要であると判断します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|

医療機関名：

住所(所在地)：

電話番号：

医師名：

