

担 当 医 様

本学学生の感染症罹患証明書作成について（ご依頼）

学校保健安全法施行規則により定められた「学校感染症」に罹患しました本学学生について、下記の証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：杏林大学 学生支援課

T E L : 0422-47-8000(代表)

感染症罹患証明書

学生氏名： _____ (学籍番号: _____)

該当欄にレ点をつけてください。

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (A型・B型)	発症した翌日から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、または5日間の適切な抗菌薬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（プール熱）	主症状が消失した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	症状により医師が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 (_____)	学校感染症第1種：治癒するまで 学校感染症第2種および第3種：医師において感染の恐れがないと認めるまで

上記疾患に罹患したことを証明します。

発 症 日 年 月 日

診 断 日 年 月 日

出席停止期間 年 月 日まで（ 確定 ・ 予定 ）

特 記 事 項

医療機関名：

住 所：

医 師 名：

印