

「学校における感染症」の罹患証明書記入について（ご依頼）

学校における感染症に罹患した本学生について、下記にご記入くださいますようお願い申し上げます。

学校感染症罹患証明書

1. 氏名： _____ (学籍番号 _____)

上記の者は、下記の感染症に罹患したことを証明します。

2. 疾患名（該当欄にチェックを付けてください）

疾患名	出席停止期間（学校保健安全法施行規則より抜粋）
第二種感染症	
<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"/> インフルエンザ（季節性のもの）	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"/> 麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
<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"/> 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"/> 咽頭結膜熱（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"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	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
<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おそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 第一種感染症 ※裏面参照 (_____)	治癒するまで
<input type="checkbox"/> 第三種感染症 ※裏面参照 (_____)	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

3. 上記疾患により、

出席停止開始日 西暦 年 月 日

出席停止終了日 西暦 年 月 日

が妥当であったことを証明します。

西暦 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印

学校における感染症（一覧）

令和5年5月8日改正

	対象となる感染症	出席停止期間（学校保健安全法施行規則より抜粋）
第一種感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎（ポリオ）、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）、特定鳥インフルエンザ、指定感染症（延長含め最長2年で指定される）、新感染症、新型インフルエンザ(新たに発生した新型のもの)	治癒するまで
第二種感染症	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
	インフルエンザ（季節性）	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
	麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
	風疹（三日はしか）	発疹が消失するまで
	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	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
	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
	咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	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
	結核	
第三種感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎（はやり目）、急性出血性結膜炎	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