御担当医　様

鈴鹿医療科学大学

「学校感染症」に関する証明書記入のご依頼

学校保健安全法第 19 条の規定により、学校で予防すべき感染症に罹患した本学学生について、疾患名および出校停止の措置が必要と考えられる発症日または期間を、下記にご記入いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

「学校感染症」に関する証明書

1．氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（学生番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　学年：＿＿＿＿年生 ※学生記入）

上記の学生は、＿＿＿＿**年**＿＿＿＿**月**＿＿＿＿**日**に下記の疾病に罹患し、出校停止を必要とされることを証明します。

2．疾患名（該当覧にレ点をつけてください。）

疾患名	出席停止期間
□　麻疹	解熱したあと 3 日を経過するまで
□　風疹	発疹が消失するまで
□　水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
□　流行性耳下腺炎	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）	主要症状消退した後 2 日経過するまで
□　結核	症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られるまで
□　インフルエンザ □A 型　□B 型	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
□　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 ※**この期間を超える場合は**、医療機関で以下の出校停止期間の記載が必要です 出校停止期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）
□　その他 （　　） □ 本学指定感染症　□ノロウイルス　□溶連菌　□マイコプラズマ肺炎　※ 医師が認める期間 出校停止期間　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）	【学校における感染症第一種】治癒するまで 【学校における感染症第三種】医師が感染の恐れがないと認めるまで

年　　月　　日

医療機関名

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印