

主治医様

長崎県立大学

学校における感染症（インフルエンザを除く）の出席停止証明書について（ご依頼）

「学校における感染症」に罹患しました本学学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】 佐世保校保健室 TEL：0956-47-2242

シーボルト校保健室 TEL：095-813-5737

### 学校における感染症（インフルエンザを除く）出席停止証明書

1. 学生氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 出席停止期間

上記の者は下記疾患により、以下の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）

疾患名	学校保健安全法施行規則第 18 条における出席停止期間
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱後 3 日を経過するまで
<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"/> 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
<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"/> 咽頭結膜炎	主要症状消退後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	【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】 医師において感染のおそれがないと認めるまで

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名

印

## 学校において予防すべき感染症の種類と出席停止期間

(学校保健安全法施行規則に基づき作成)

学校保健安全法及び学校保健安全法施行規則により、学校において予防すべき感染症の種類と出席停止期間の基準

分類	感染症名	出席停止の期間
第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘瘡、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、新型インフルエンザ等	治癒するまで
第2種	インフルエンザ（第1種以外）	発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または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
	麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺・顎下腺・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
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	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
	結核 髄膜炎菌性髄膜炎	症状により、医師が感染の恐れがないと認めるまで
第3種	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、急性出血性結膜炎、 その他の感染症	症状により、医師が感染の恐れがないと認めるまで