

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・COVID-19を除く）」の罹患証明について（ご依頼）

学校保健安全法施行規則第18条に定められた「学校において予防すべき感染症」に罹患しました本学学生について、治癒後に、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。

長崎県立大学 佐世保校 教務グループ TEL:0956-47-5706

シーボルト校 教務グループ TEL:095-813-5065

「学校における感染症」罹患証明書

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

2. 初診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 治癒日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

5. 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、全身状態が良好となるまで
<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 ()	【学校感染症第一種】治癒するまで 【学校感染症第三種】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