

学籍番号： _____

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。

ビューティ&ウエルネス専門職大学 大学事務課

TEL：045-530-9119

感染症罹患証明書

学生氏名：

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"/> 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 ※無症状者は検体採取日から5日経過するまで
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	発疹に伴う発熱が解熱した3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日間の適正な抗菌物資製剤による治療が終了するまで
<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（三日はしか）	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後、2日間を過ぎるまで
<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"/> 結核	医師により伝染のおそれなくなったと判断されるまで
<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 学校感染症第二種および第三種：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