

ご担当医殿

学校保健安全法における感染症 罹患証明書の記入について（お願い）

学校保健安全法第 18 条及び第 19 条で定められた感染症に罹患した本学学生について、
下記証明書にご記入いただけますようお願い申し上げます。

二松学舎大学学生支援課

03-3261-7427

学校保健安全法における感染症 罹患証明書

1. 氏 名

上記の者は学校保健安全法に定められた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○をつけてください）

該当欄	疾患名	出席停止期間
	インフルエンザ（ ）型	発症後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日を経過するまで
	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
	麻疹	解熱後 3 日を経過するまで
	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
	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
	咽頭結膜炎	主要症状が消退した後 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
	結核・髄膜炎菌性髄膜炎	病状により医師において感染の恐れがないと認めるまで

※病状により医師において伝染のおそれがないと認めたときは、この限りではありません。

3. 出席停止期間

上記疾患による出席停止については、下記の期間が妥当であることを証明します。

20	年	月	日	～	20	年	月	日
----	---	---	---	---	----	---	---	---

年 月 日

医療機関名

所在地

電 話

医 師 名

印