

感染症における登校許可書記入についてのお願い

感染症の罹患について、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。

女子美術大学 保健センター

相模原校舎：医務室 042-778-6734

杉並校舎：医務室 03-5340-4571

登 校 許 可 書

学籍コード番号 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

ふりがな

学科・コース \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は下記の感染症が治癒または他者への感染の恐れがなくなったため、登校可能であることを証明します。

※該当する感染症名にチェックをお願いいたします。

学校における第二種感染症	登校を控える期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ ( _____ 型) (特定鳥インフルエンザを除く)	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
<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"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病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るまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	病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るまで
第一種感染症：エボラ出血熱・クリミアコンゴ出血熱・痘そう・南米出血熱・ベスト・マールブルグ病・ラッサ熱・急性灰白髄炎(ボリオ)・ジフテリア・重症急性呼吸器症候群(SARSコロナウイルス限定)・中東呼吸器症候群(MERSコロナウイルス限定)・特定鳥インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症	(学校における第一種感染症) 治癒するまで
第三種感染症：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(溶連菌感染症・手足口病・伝染性紅斑・マイコプラズマ異型肺炎・流行性嘔吐下痢症(ウイルス性胃腸炎)・ウイルス性肝炎・伝染性眼疾患・伝染性皮膚疾患)	(学校における第三種感染症) 病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るまで ※学校保健安全法施行規則第十九条参考

登校支障期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日迄

登校許可日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 医療機関名

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

\_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 印

学部長 短大部長	教務部長	学生部長	保健 センター長	学校医

No. \_\_\_\_\_

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