

学校感染症治癒証明書の記入について（依頼）

学校保健安全法施行規則第18条第1項及び第2項に定められている感染症について、本キャンパスにおける感染症罹患者を把握し感染予防に努めるため、罹患者の症状が軽快し感染の可能性がなくなったこと、また今回の治癒に要した期間について下記証明書に御記入くださいようお願い申し上げます。

学校感染症治癒証明書

1. 教職員について **※この欄は教職員本人が記入すること**

| | | | | |
|-----------------|----|-------------------|------|----------------------|
| 所 属 ○をしてください | 教員 | 危機管理学部 スポーツ科学部 | 職員 | 管理マネジメント課 教学サポート課 |
| フリガナ 氏 名 | | | 生年月日 | |
| 住 所 | | | | |

上記の者は、学校保健安全法に定められた下記の疾患が治癒し、就業に支障がないことを証明します。 **※疾患名の横に○をしてください**

| 疾患名 | 出席停止の基準（学校保健安全法施行規則より） |
|-------------|---------------------------------------|
| インフルエンザ（ 型） | 発症した後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日間の適正な抗菌薬治療が終了するまで |
| 麻疹 | 発疹に伴う発熱が解熱した後3日を経過するまで |
| 流行性耳下腺炎 | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現後5日を経過し、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 | すべての発疹がかさぶたになるまで |
| 咽頭結膜熱 | 発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消退した後2日を経過するまで |
| 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 |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | |
| その他（ | ） |

2. 加療期間

| | | | | |
|-------|----|---|---|---|
| 発 症 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受 診 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 就業許可日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印