

学校感染症罹患証明届出書

年 月 日

和歌山県立高等看護学院長 様

看護学科・学年 _____

学籍番号・氏名 _____

以下、受診結果について報告します。

インフル・コロナのみ医師の説明・指示を確認し下記の内容記載可（この場合医師氏名記載不要）

医師の説明・指示を確認し下記記載したことを証明します。

氏名 _____ (続柄 _____)

(以下医師記入欄)

《 感染症罹患証明書 》

患者氏名 _____

上記の者を下記の学校感染症と診断しました。学校保健安全法第19条の規定により出席停止期間を以下の様に指示します。

【学校感染症名】 該当欄に○印を付けてください。

種類	○印	対象疾病	出席停止期間の基準
第1種		病名 ()	治癒するまで
第2種		インフルエンザ(H5N1)を除く)	発症した後5日間を経過し、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、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日間を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
		風疹	発疹がすべて消失するまで
		水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
		結核	病状により医師が伝染のおそれがないと認めるまで
		髄膜炎菌性髄膜炎	病状により医師が伝染のおそれがないと認めるまで
		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
第3種		コレラ	病状により医師が感染のおそれがないと認めるまで ※その他感染症の例 (条件によっては出席停止処置が必要) ・溶連菌感染症 ・手足口病 ・ウイルス性肝炎 ・ヘルパンギーナ ・伝染性紅斑 ・マイコプラズマ感染症 ・流行性嘔吐下痢症(ロタウイルス ノロウイルス等) など
		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 ()	
出席停止期間		年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	

年 月 日 医療機関名

医 師 名