

学校感染症通知書

各医療機関 殿

足利大学
学長 莊司 和男

学校感染症（学校保健安全法より学校において予防すべき感染症）に罹患した本学学生につきまして、下記通知書をご記入いただきますようよろしくお願い申し上げます。

足利大学 看護学部
学籍番号 氏名

※該当疾患のチェック欄に（レ）を入れてください。

種別	チェック欄(レ)	感染症	出席停止期間
第一種	☐	エボラ出血熱	治癒するまで
	☐	クリミア・コンゴ出血熱	
	☐	南米出血熱	
	☐	ペスト	
	☐	マールブルグ病	
	☐	ラッサ熱	
	☐	急性灰白髄炎(ポリオ)	
	☐	ジフテリア	
	☐	天然痘	
	☐	重症急性呼吸器症候群	
	☐	中東呼吸器症候群	
	☐	特定鳥インフルエンザ	
	☐	新型コロナウイルス感染症	
第二種	☐	インフルエンザ(____型)	発症日(0日とする)から5日経過し、かつ解熱後2日経過するまで
	☐	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(おたくふかぜ)	耳下腺・顎下腺・舌下腺の腫脹が発現後5日経過、かつ、全身状態良好になるまで
	☐	風疹(三日ばしか)	発疹がすべて消失するまで
	☐	水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
	☐	咽頭結膜熱	主症状が消退後2日経過するまで
	☐	結核	医師より感染の恐れがないと認めるまで
	☐	髄膜炎菌性髄膜炎	
第三種	☐	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 疾患名: _____	
その他	☐	()	

上記疾患により、
(発病日) _____ 年 _____ 月 _____ 日に発病
(治療開始日) _____ 年 _____ 月 _____ 日に治療開始
(登校可能日) _____ 年 _____ 月 _____ 日より、登校して差し支えないと判断します。

医療機関名・医師名

印 年 月 日