

学年（ 年生）学籍番号（ ） 氏名 （学生本人が記載）

学校保健安全法に基づく出席停止について

島田市立看護専門学校

学校保健安全法における学校感染症について、学校保健安全法施行規則第 19 条の規定により出席停止の取扱いをしています。下記の感染症（の疑いを含め）に罹患した場合、主治医に証明書を記載してもらい学校に提出して下さい。

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	発症後 5 日を経過し、かつ解熱をした後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症後 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
<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、顎下腺また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	感染のおそれなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他（ ）	医師において感染のおそれがないと認めるまで

証明書（学校感染症届出票）

学生氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記の学生は、表内の疾患について学校感染症ガイドラインに基づき、欠席停止の措置が適当と判断します。

20 年 月 日 医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____