

学校感染症による出席停止証明書

平成 年 月 日

専門学校静岡医療秘書学院 学院長殿

学籍番号 氏名

疾患名（該当欄に○印を付けて下さい。）

種別	○印	疾患名	出席停止の期間の基準
第一種		疾患名 ()	治癒するまで
第二種		インフルエンザ	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
		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癒が終了するまで
		麻疹（はしか）	解熱した後 3 日を経過するまで
		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺熱、顎下線又は舌下線の腫張が発現した後 5 日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
		風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
		水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜炎（プール熱）	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで
		結核	症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	
第三種		コレラ	症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
		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 ()	

出席停止期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日まで

上記のとおり証明します。

医療機関・医師名

印