

学校感染症通知書

足利大学 看護学部 学長 様

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）に罹患した下記学生につきまして、出席停止をさせる必要がありますのでお知らせ致します。

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	<input type="checkbox"/> エボラ出血熱	治癒するまで	
	<input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱		
	<input type="checkbox"/> 南米出血熱		
	<input type="checkbox"/> ペスト		
	<input type="checkbox"/> マールブルグ病		
	<input type="checkbox"/> ラッサ熱		
	<input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ボリオ)		
	<input type="checkbox"/> ジフテリア		
	<input type="checkbox"/> 天然痘		
	<input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群		
	<input type="checkbox"/> 中東呼吸器症候群		
	<input type="checkbox"/> 特定鳥インフルエンザ		
第二種	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症日(0日とする)から5日経過し、かつ症状軽快後1日経過するまで	
	<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"/> 麻疹	解熱後3日を経過するまで	
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたくふかぜ)	耳下腺・頸下腺・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	
	<input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)	発疹がすべて消失するまで	
	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで	
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主症状が消退後2日経過するまで	
第三種	<input type="checkbox"/> 結核	医師より感染の恐れがないと認めるまで	
	<input type="checkbox"/> 隹膜炎菌性瞼膜炎		
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢		
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症		
	<input type="checkbox"/> 腸チフス		
	<input type="checkbox"/> パラチフス		
その他	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎		
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎		
その他	<input type="checkbox"/> その他 疾患名: ()		

上記疾患により、
(発症日) 年 月 日

(診断日) 年 月 日

(出席停止期間) 月 日 ~ 月 日

医療機関名・医師名

(記載日) 年 月 日

この用紙は、出席停止措置を取るために必要ですので、回復後本城事務室へ提出してください。