

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(ポリオ)	
	<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・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
	<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
	<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"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	
第三種	<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	
	<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。