

## ご 担 当 医 様

罹患証明書の記入について（お願い）

本学学生の「学校において予防すべき感染症」罹患について、  
下記にご記入頂きたくお願いいたします。

日本体育大学  
健康管理センター（☎03-5706-0854）

### 「学校において予防すべき感染症」罹患証明書

1. 氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日(西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 感染症名（当該感染症の欄にレ点を付けて下さい。）

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 日間経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 麻疹	発疹に伴う発熱が解熱した後 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、顎下腺又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	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 結核	症状により感染のおそれが無いと認めるまで。
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	【学校において予防すべき感染症第一種】 ⇒ 治癒するまで  【学校において予防すべき感染症第三種】 ⇒ 医師において感染の恐れが無いと認めるまで

3. 出席停止期間

上記の感染症により、下記の期間の出席停止を指示したことを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
医師名

印