

「学校感染症による出席停止証明書」の記入について（ご依頼）

担当医様

平素より本学学生がお世話になり、ありがとうございます。学校感染症に罹患した学生について、以下の証明書にご記入いただけますようお願い申し上げます。

北星学園大学 北星学園大学短期大学部
 学生生活支援課 医務室
 TEL：011-891-2731

学校感染症による出席停止証明書

1.氏名

学籍番号 _____ 氏名 _____

2.疾患名（該当欄に✓をつけてください。）

種別	✓	疾患名	出席停止期間の基準
第一種		疾患名（ ）	治癒するまで
第二種		新型コロナウイルス感染症	発症した後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
		インフルエンザ （特定鳥インフルエンザを除く）	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療が終了するまで
		麻疹	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、ムンプス）	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
		風しん	発しんが消失するまで
		水痘（みずぼうそう）	すべての発しんが痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
		結核	病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		疾患名（ ）	病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

3.出席停止期間

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日～20 ____ 年 ____ 月 ____ 日まで

出席停止期間であったことを証明します。

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関

住所（所在地）

電話番号

医師名 _____ 印 _____

医務室 印