

主治医殿

「学校における感染症」に関する証明書記入について（ご依頼）

学校保健安全法の定めにより、「学校における感染症」に罹患しました本学学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

横浜市立大学保健管理センター  
TEL 045-787-2270

「学校感染症」に関する証明書

1 氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

上記の者が下記の疾患（疑いを含）に罹患し、出席停止を必要としたことを証明します。

2 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）

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日を経過し、かつ解熱後2日間
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱後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	全ての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	【学校における感染症第一種】 治癒するまで 【学校における感染症第三種】 医師が感染の恐れがないと認めるまで

3 出席停止期間

上記の疾患により、下記の期間の出席停止が必要とされたこと、または今後必要とされることを証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印

4 学生記入欄 ※登校後速やかに提出してください。

学籍番号： _____	学部： _____	学年： _____
連絡先： _____	部活・サークル活動： _____	

提出先：保健管理センター

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

受付印