【2013.6.5～】
（様式Ⅰ）

ご担当医の先生へ

跡見学園女子大学保健センター
〒352-8501 埼玉県新座市中野 1-9-6
℡048-478-3266

このたび、受診しました本学の学生の病名が、下記の感染症に該当する場合は、恐れ入りますが、「登校許可書」にご記入のほどお願い申しあげます。
（この書式で証明できない場合、貴院の書式がございましたら、そちらに従いますので、この書式は破棄のほどお願い申しあげます。）

感染症と出席停止期間

種類	感染症	出席停止期間
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、重症急性呼吸器症候群（病原体が SARS コロナウイルスであるものに限る。）、痘そう、ペスト、マーブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、南米出血熱、鳥インフルエンザ（H5N1・H7N9）、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症	治癒するまで
第二種	インフルエンザ ※鳥インフルエンザ（H5N1・H7N9）および新型インフルエンザ等感染症を除く	発症した後（発熱の翌日を１日目として）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日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで
	麻しん	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）	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	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	症状により学校医等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	腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス、その他の感染症（感染性胃腸炎、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症など）	症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで

氏　名（　　）生年月日：Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日	
病　名：	
登校許可年月日：　　年　　月　　日（出席停止期間　　月　　日　～　　月　　日）	

医療機関保管用

---------- 切り取り線 ----------

登　校　許　可　書

下記の学生の登校を許可します。　　大学提出用

氏　名（　　）学籍番号（　　）	
病　名：	
登校許可年月日：　　年　　月　　日（出席停止期間　　月　　日　～　　月　　日）	

平成　　年　　月　　日

医療機関名

医師名（自署）　　印