

学 校 感 染 症 届 出 書

※学生記入欄	申請日：西暦	年	月	日
東京医療学院大学 保健医療学部	学科（	専攻）	年	
学籍番号	氏名（自署）			

※医療機関記入欄		（学校保健安全法_感染症に○か記載をお願いします）	
	疾患名	出席停止期間	
第 1 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、痘瘡、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄膜炎、ジフテリア、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフス	治癒するまで	
第 2 種	インフルエンザ（ A 型 ・ B 型 ・ 不明 ）	発症後 5 日経過、かつ解熱後 2 日間	
	百日咳	咳嗽改善 ・ 5 日間抗菌剤治療終了	
	麻疹	解熱後 3 日経過	
	風疹	発疹消失するまで	
	水痘	全ての発疹が痂皮化するまで	
	流行性耳下腺炎	腫脹発現後 5 日経過かつ全身状態改善	
	咽頭結膜炎（アデノウイルス感染症）	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで	
	結核	伝染の恐れがないと医師が認めるまで	
	新型コロナウイルス感染症	発症後 5 日経過、かつ症状が軽快するまで	
第 3 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 その他の感染症：医師記載（ ・ 感染性胃腸炎/他 ） （ ）	伝染の恐れがないと医師が認めるまで	
診 察 日：西暦 年 月 日			
出席停止期間：西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日			
注 意 事 項： 要 { } ・ 不要			
※医療機関スタンプ可			
医 療 機 関 名			
医療機関住所			
医 師 名			