

平成 年 月 日

## 学校感染症証明書

関西福祉科学大学高等学校長 様

医療機関名称

担当医師名前

印

年 組 生徒名前

---

1. 出席停止期間 (ご記入お願いいたします。)

・下記の学校感染症により 年 月 日 ～ 年 月 日迄の期間  
出席停止の指示をしました。

2. 感染症の種類 (該当する疾患に○印)

|             |  |
|-------------|--|
| 第<br>1<br>種 | エボラ出血熱 ・ クリミア・コンゴ出血熱 ・ 痘そう ・ 南米出血熱 ・ ペスト<br>マールブルグ病 ・ ラッサ熱 ・ 急性灰白髄炎 ・ ジフテリア<br>重症急性呼吸器症候群 (病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る)<br>鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであって<br>その血清亜型がH5N1であるものに限る) |
| 第<br>2<br>種 | インフルエンザ (鳥インフルエンザH5N1型除く) ・ 百日咳 ・ 麻疹<br>流行性耳下腺炎 ・ 風しん ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱<br>結核 ・ 髄膜炎菌性髄膜炎  |
| 第<br>3<br>種 | コレラ ・ 細菌性赤痢 ・ 腸管出血性大腸菌感染症<br>腸チフス ・ パラチフス ・ 流行性角結膜炎<br>急性出血性結膜炎<br>その他の感染症「<br>」   |