

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 1 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 マールブルグ病 ・ ラッサ熱 ・ 急性灰白髄炎 ・ ジフテリア 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) 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 その血清亜型がH5N1であるものに限る)
第 2 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 流行性耳下腺炎 ・ 風しん ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱 結核 ・ 髄膜炎菌性髄膜炎
第 3 種	コレラ ・ 細菌性赤痢 ・ 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス ・ パラチフス ・ 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の感染症「 」