

年 月 日

学校感染症証明書

関西福祉科学大学高等学校長宛

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） 新型コロナウイルス感染症
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「