(様式２５)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学院長 | 副学院長 | 事務長 | 学科長 | 担当 |
|  |  |  |  |  |

学校感染症による出席停止に関する意見書

令和　　年　　月　　日

二葉看護学院長　殿

第　　学年　　　　　番 氏名　　　　　　　　　　生年月日S・H　 年　 月　 日(本人記入)

出席停止の期間と基準（該当欄にレ点をつけてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患名 | 出席停止期間の基準 |
| * インフルエンザ | 発病後５日を経過し、かつ解熱後２日を経過するまで |
| * 麻疹(はしか) | 解熱後３日を経過するまで |
| * 風疹 | 発疹が消失するまで |
| * 流行性耳下腺炎　　　(おたふくかぜ) | 耳下腺・顎下腺また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となるまで |
| * 水痘(みずぼうそう) | 全ての発疹が痂皮化するまで |
| * 百日咳 | 特有の咳が消失するまで、または、５日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで |
| * 咽頭結膜熱(プール熱) | 主要症状が消失した後、２日を経過するまで |
| * 結核 | 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで |
| * 髄膜炎菌性髄膜炎 | 症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで |
| * その他   ( ) | 第一種：治癒するまで  第三種：医師により感染の恐れがないと認めるまで |

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患名 | 出席停止の意見理由 |
| □ 新型コロナウイルス | □かかっている者  □かかっている疑いのある者 |

上記の疾患により、下記の通り出席停止期間を証明します。

診　 断 　日：　令和　　 年　　　月　　　日

出席停止期間： 令和  年　　　月　　　日～　令和　　 年　　　月　　　日

以　上

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名：

住　　　所：

医 師 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞