

主治医殿

「学校における感染症報告書」の記入について（ご依頼）

「学校における感染症」に罹患しました学生について、下記報告書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

日 本 大 学 医 学 部
日本大学医学部附属看護専門学校
TEL 03-3972-8111（代表）

「学校における感染症報告書」（登校禁止及び許可）

1. 学生番号 _____ 氏名 _____

2. 疾病名 （該当欄にレ点をつけてください）

チェック	疾 病 名	登 校 禁 止 期 間
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ <input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> 不明	発症後 5 日を経過し、かつ解熱した後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/>	麻疹	解熱した後 3 日を経過するまで
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	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になるまで
<input type="checkbox"/>	風疹	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/>	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	医師において感染のおそれがないと認められるまで
<input type="checkbox"/>	結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	全て治癒し学校医その他の医師において登校と許可するまで
<input type="checkbox"/>	その他の感染症 ()	【第一種感染症】 治癒するまで 【第三種感染症】 病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

3. 発 症 日 : 2 0 年 月 日
4. 登校禁止期間 : 2 0 年 月 日から 2 0 年 月 日まで
5. 登 校 許 可 : 2 0 年 月 日から登校可能

保健室確認印

2 0 年 月 日

医療機関名
住所
電 話
医 師 名
印