

インフルエンザ、新型コロナウイルス 感染症罹患証明書

早稲田速記医療福祉専門学校

学 科	学年	クラス	氏 名	

感染症に罹患した本校学生につきまして、下記証明書の該当箇所に☑と日付のご記入をお願いいたします。

上記の者は、下記の通りインフルエンザまたは新型コロナウイルス感染症に罹患したことを証明します。

診断名 インフルエンザ A 型

インフルエンザ B 型

新型コロナウイルス感染症

初 診 日 20 年 月 日 (発症日※1 20 年 月 日)

最短出席停止期間 20 年 月 日から20 年 月 日まで

最短登校可能日(※2) 20 年 月 日から

※1 発症日が明らかな場合はご記入ください。明らかでない場合は空欄で結構です

※2 インフルエンザ A 型・B 型・・・発症した日を0日として5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過していることが条件

新型コロナウイルス感染症・・・発症した日を0日として5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過していることが条件

いずれも再度発熱した場合は、登校許可が延長となるため、再度医師の診断を受けること

年 月 日

医療機関名・電話番号

医師名

㊞

受診時に医療機関に記入してもらい、登校時に担任に提出してください。

なお、次の感染症に罹患した場合は、「学校感染症治癒証明書」(別紙)を医療機関に記入してもらってから登校し、担任に提出してください。

・百日咳・麻疹(はしか)・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・風疹(三日はしか)・水痘(水ぼうそう)・咽頭結膜熱(プール熱)・結核・その他学校保健安全法で定められた学校感染症