

登校・実習 許可書（罹患証明）の記入のお願い

学校において予防すべき感染症について、学校保健安全法および施行規則により、出席停止およびその解除が定められています。実習場や校内での伝播、感染予防に万全を期したいと思っておりますので、ご面倒ですが下記にご記入を頂きますようよろしくお願いいたします。

（別紙に参考資料を添付してあります）

（なお、初診の際にご記入いただけない場合、再度受診が必要な場合には、その折にご記入いただきますよう、お願いいたします）

JA 新潟厚生連中央看護専門学校長
矢尻 洋一

登校・実習 許可書（罹患証明）

氏名 _____

病名 _____（発症又は診断日 _____）

上記疾患のため治療中です（でした）が、 _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日）より
（ 登校 ・ 実習 ）を許可します。

年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印

連絡先：JA 新潟厚生連中央看護専門学校
電話 0258-35-2231 副学校長

| 区分 | 疾患名 | 出席停止期間 | |
|--------------|--|---|-----------------|
| 第 1 種 | エボラ熱 | 治癒するまで | |
| | クリミア・コンゴ熱 | | |
| | 重症急性呼吸症候群 (病原体が SARS コロナウイルスであるものに限る) | | |
| | 痘瘡 | | |
| | 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 | | |
| | 特定鳥インフルエンザ | | |
| | 南米出血熱 | | |
| | 中東呼吸器症候群(MER コロナウイルス) | | |
| | 第 2 種 | | インフルエンザ |
| 百日咳 | | 特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで | |
| 麻疹 | | 解熱後、3 日を経過するまで | |
| 流行性耳下腺炎 | | 耳下腺、顎下腺又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 | |
| 風疹 | | 発疹が消失するまで | |
| 水痘 | | 全ての発疹が痂皮化するまで | |
| 咽頭結膜熱(プール熱) | | 発熱、咽頭炎、結膜炎等の主症状が消退後、2 日間を経過するまで | |
| 結核 | | 医師により、伝染の恐れがないと認められるまで | |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | | 病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで | |
| 新型コロナウイルス感染症 | | 厚生連病院の規定に準ずる | |
| 第 3 種 | コレラ | 医師により、伝染の恐れがないと認められるまで | |
| | 細菌性赤痢 | | |
| | 腸管出血性大腸菌感染 | | |
| | 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(例) | | 条件によって出席停止措置が必要 |
| | 溶連菌感染症 | | |
| | 流行性嘔吐下痢症 | | |
| ウイルス性肝炎 | | | |
| 手足口伝染性紅斑 | | | |
| ヘルパンギーナ | | | |
| マイコプラズマ肺炎など | | | |