

担当医 御机下

「学校において予防すべき感染症」への罹患証明書記入について(ご依頼)

学校保健安全法施行規則第18条・19条に定められる「学校において予防すべき感染症」に罹患した本学学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます  
ご作成に際し、ご不明な点等ございましたらお知らせいただけますと幸いです

[問合せ先] 武蔵野美術大学 保健室 TEL:042-342-6029(鷹の台)、TEL:03-5225-6220(市ヶ谷)

### 罹患証明書

学生番号		学科	
氏名		学年	

1. 診断名(該当欄にし点を入れてください)

診断名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症した後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"/> 百日咳	特有の咳が消失するまでまたは5日間の適切な抗菌薬治療が終了するまで
<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
<input type="checkbox"/> 風しん	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘	すべての発疹がかさぶたになるまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	発熱、咽頭炎、結膜炎などの主要症状が消失した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	症状により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"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまで
<input type="checkbox"/> その他 ( )	大学ウェブサイト「学校において予防すべき感染症」参照



2. 出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

上記の者は、1.の疾患に罹患したため、2.の期間の出席停止が妥当であったことを認めます

※特記事項がございましたら、枠内にご記入ください

20 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

※「罹患証明書」を取得した学生は、以下2カ所に提出してください

- ① 保健室 本証明書を取得したらすぐに、スキャンデータまたは写真を添付したメールを保健室に送付  
鷹の台保健室:infec\_student@musabi.ac.jp 市ヶ谷保健室:infec\_ichigaya@musabi.ac.jp
- ② 授業担当 療養終了後1週間以内に、本証明書原本と公欠届を教務チームまたは市ヶ谷キャンパス事務室に提出