

## 感染症連絡書

学校法人森島学園  
専門学校浜松医療学院  
学 院 長 殿

学生氏名 ( )

上記の者が、下記病名により、(西暦) 年 月 日より出席停止の必要  
があると診断しました。

種 類	該当する病名に○を記入してください。
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎(ポリオ)、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る)、鳥インフルエンザ(病原体がA型インフルエンザウイルスで、その血清亜型がH5N1であるものに限る)
第二種	インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く)、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、風しん、水痘(みずぼうそう)、咽頭結膜熱、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルスであるものに限る)、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第三種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、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 ( )
学校保健安全法施行規則 (令和5年文部科学省令第22号による改正)	

(西暦) 年 月 日から、登校にさしつかえないことを証明します。

(西暦) 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_

### ※学生記入欄

氏 名	学 科	学 年	組
	学科	年	組

専門学校浜松医療学院  
静岡県浜松市浜名区貴布祢 232-3  
Tel. 053-585-1333 Fax. 053-585-1661