

主治医殿

「学校における感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

学校保健安全法施行規則に定められた「学校感染症」に罹患しました本学学生について、下記証明書記入にご記入くださいますようお願い申し上げます。

こども教育宝仙大学 保健室 担当：弓田

TEL 03-3365-0269

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名： _____ 学籍番号： _____

2. 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）

疾病名	出席停止期間
<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。又は5日間の適正な抗生物質製剤による治療が終了するまで。
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで。
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	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"/> 風疹（三日はしか）	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	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恐れがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> その他 ()	【学校における感染症第一種】 治癒するまで 【学校における感染症第三種】 医師において感染の恐れがないと認めるまで

3. 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印