

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(依頼)

「学校における感染症」に罹患しました本学学生について、当該感染症が治癒し、登校に支障のないことを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。

秀明大学 保健室
TEL 047-488-2134

「学校における感染症」治癒証明書

学 生 番 号 _____

氏 名 _____

出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

疾 患 名 (該当する疾患の□にレ点を付けてください)

疾患名	出席停止期間の基準
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後五日を経過し、かつ、症状が軽快した後一日を経過するまで
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで又は五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
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	解熱した後三日を経過するまで
<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五日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
<input type="checkbox"/> 風しん(三日はしか)	発しんが消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	すべての発しんが痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	主要症状が消退した後二日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<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】病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

上記出席停止期間を経過後、登校に支障がないことを証明します。

20 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師名

印