

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）

「学校における感染症」に罹患しま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。

戸板女子短期大学学生部保健室

TEL 03-3452-4161

学籍番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ \*本人が記入して医療機関に提出してください。

「学校における感染症」治癒証明書

上記の者は、下記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

1. 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）

| 疾患名   | 出席停止期間                                      |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ  | 発症後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"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明 |   |
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス  | 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"/> 麻疹   | 解熱後3日を経過するまで                                |
| <input type="checkbox"/> 風疹   | 発疹が消失するまで                                   |
| <input type="checkbox"/> 水痘   | すべての発疹が痂皮化するまで                              |
| <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"/> 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     |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）  | 主要症状消退後2日を経過するまで                            |
| <input type="checkbox"/> 結核   | 医師が感染の恐れがないと認めるまで                           |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎   | 医師が感染の恐れがないと認めるまで                           |
| <input type="checkbox"/> その他<br>( )   |   |

2. 出席停止期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

3. 登校可能日 20 年 月 日 ～

20 年 月 日

医療機関名

住所(所在地)・電話

医師名

印