

担当医 様

恵泉女学園大学

学校感染症治癒証明書記入についてのお願い

学校保健安全法に定められた、学校感染症の罹患の診断を受けた本学学生について
下記証明書にご記入下さいますようお願い申し上げます。

学 校 感 染 症 治 癒 証 明 書

氏 名 : _____

学籍番号 : _____

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。

○印	疾 患 名	出席停止期間
	学校感染症第1種（疾患名： _____ ）	治癒するまで
	インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまでまたは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
	麻疹	解熱後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身症状が良好になるまで
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退後2日を経過するまで
	結核	医師において感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染のおそれがないと認めるまで
	学校感染症第3種（疾患名： _____ ）	医師において感染のおそれがないと認めるまで

（該当疾患欄に○印を記入してください）

加療期間 20 年 月 日 から 20 年 月 日 まで

20 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名

印