

学校感染症治癒証明書記入について（依頼）

「学校保健安全法施行規則第 19 条」に定められた学校感染症に罹患した本学学生について、本疾患が軽快し感染のおそれなくなったこと、また今回の出席停止期間について、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。

問い合わせ先： 帝京短期大学 学務室
TEL 03-3377-9202

学校感染症治癒証明書

1. 氏名： _____ 学籍番号： _____

上記の学生は、下記の疾患が軽快し、感染予防上登校しても支障がないことを証明します。

下記疾患により、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

2. 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、解熱後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	発症後5日を経過し、かつ、症状軽快後1日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 風疹（3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"/> 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発現後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	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	医師において感染のおそ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おそれがないと認めるまで

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名 _____

印