

主治医殿

学校感染症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、お手数ですが、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。

帝京短期大学 学務室
東京都渋谷区本町 6-31-1
TEL 03-3377-9202

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名 : _____ 学籍番号 : _____

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

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	解熱後2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	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<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	感染の恐れがなくなるまで
<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

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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名 _____ 印