

「学校感染症治癒証明書」の記入について（ご依頼）

本学学生がお世話になりましたありがとうございます。つきましては、学校保健安全法に定められた「学校感染症」に罹患した本学学生につきまして、下記の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】

敬愛大学 保健室 TEL: 043-284-2212

学校感染症治癒証明書

学籍番号： _____ 学 部： _____ 学部 学科

氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

(上記本人記入)

上記の学生を学校感染症と診断しました。本疾患が軽快し、感染症予防上登校しても支障がないことを証明します。

下記の疾病により 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日～西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日までの出席停止が妥当であったことを証明します。

記

〈感染症名〉（該当箇所に点をお願ひします）

感染症名		学校保健安全衛生規則による出席停止期間
第 二 種 感 染 症	<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"/> 麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで
	<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"/> 風疹（三日はしか）	発疹が消失するまで
	<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	全ての発疹が痂皮化するまで
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退後2日間
	<input type="checkbox"/> 結核	感染のおそれがないと認められるまで
その他	<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】 医師が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

※ 学生は、この届出書を「保健室」に提出してください。

【学内処理欄】	受領日	R 年 月 日	担当者	印	最終確認場所
---------	-----	---------	-----	---	--------