

主治医 殿

### 学校感染症治癒証明書記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた学校感染症に罹患しました本学学生につきまして、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。

大正大学 学生支援部学生課 TEL:03-5394-3020

### 学校感染症治癒証明書

1. 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。

2. 疾患名（該当欄にレ点をつけてください）

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ □A型 □B型 □不明	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"/> 麻疹（はしか）	解熱した後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"/> 流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現後5日を経過し、かつ、全身症状が良好になるまで
<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"/> 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	症状により医師において感染のおそれがないと認められるまで
<input type="checkbox"/> その他の感染症 ( )	【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】症状により医師において感染のおそれがないと認められるまで

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。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名

住 所

医 師 名

印