

ご担当医 様

千葉敬愛短期大学

治癒証明書記入について(ご依頼)

学校感染症に罹患しました本学学生について、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。

治癒証明書

ふりがな

1. 氏名 _____ 学籍番号 _____

上記の者は、下記疾患が治癒し、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、()には疾患名をご記入ください>

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> その他	発症した後 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	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	全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、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"/> 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	主要症状が後退した後 2 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれがないと認めるまで
<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】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

年 月 日 ~ 年 月 日 時まで

年 月 日

医療機関名

医師名

印