

主治医殿

「学校において予防すべき感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校において予防すべき感染症」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。

大阪芸術大学短期大学部

「学校において予防すべき感染症」治癒証明書
Certificate of recovery from Infectious Disease

1. 氏名： _____ 学生番号： _____

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	発症した後5日経過しかつ解熱後2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	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	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（プール熱）	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれが ないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> その他 ()	【学校において予防すべき感染症第一種】 治癒するまで 【学校において予防すべき感染症第三種】 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

上記の疾患により、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。

令和 年 月 日～令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関所在地 _____

医師名 _____