

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、学校保健安全法施行規則に定められた「学校感染症」に罹患しました学生について、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。

学校感染症治癒証明書

学籍番号： _____ 学部等・学年： _____ ・ _____ 年

氏 名： _____ 電話番号： _____

(上記 本人記入)

上記の学生は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に下欄の疾患と診断し、現在は軽快したため、他への感染のおそれはないと思われますので、 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登校しても支障が無いことを証明します。

疾患名	学校保健安全法施行規則による出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ (_____ 型)	発症した後 5 日を経過しかつ解熱後 2 日経過するまで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症した後 5 日を経過しかつ症状軽快後 1 日経過するまで
<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"/> 麻疹 (はしか)	解熱後 3 日間
<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"/> 風しん (三日はしか)	発しんが消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)	すべての発しんが痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退後 2 日間
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	大学規定による

※上記の疾患の該当欄に○印をご記入ください。

年 月 日

医療機関名

住所・電話番号

医師名

印

*学生は、この届出書を教務課学部担当等に提出してください。

【学校処理欄】

部 箇 所	1. 教務課学部担当等	2. 健康管理室 (最終保管場所)
確 認 印	担当者	担当者
	受領日 年 月 日 印	受領日 年 月 日 印