

主治医殿

学校感染症に罹患しました下記の者について、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。

奈良学園大学奈良文化女子短期大学部

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、他に感染のおそれなくなりましたので、登校に支障がないことを証明します。

2. 疾患名 (該当疾患名 ☐ にレ点を付けてください)

疾患名	出席停止期間
☐ インフルエンザ	発症後５日を経過し、かつ、解熱後２日を経過するまで
☐ 麻疹	解熱後３日を経過するまで
☐ 風疹	発疹が消失するまで
☐ 水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
☐ 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、全身状況が良好になるまで
☐ 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
☐ 咽頭結膜熱	主要症状消退後２日を経過するまで
☐ 結核	感染の恐れがなくなるまで
☐ 髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがなくなるまで
☐ その他 ☐ 感染性胃腸炎 ()	【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

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師名

印