

主治医殿

「学校における感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校における感染症」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。

日本医科大学医務室

TEL 03-3822-2131

「学校における感染症」治癒証明書
Certificate of recovery from Infectious Disease

1. 氏名： _____ 学籍番号： _____ ※ 本人記入

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	発症後5日を経過し、かつ解熱後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	すべての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他（ ）	【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

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。

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

所在地

電話

医師名

印