

担当医殿

学校感染症治癒証明書記入について(ご依頼)

学校保健安全法に定められた学校感染症に罹患した本校学生について、診断内容、出席停止期間等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

山梨県美容専門学校

TEL 055-252-8286

学校感染症治癒証明書

氏名: _____

学籍番号: _____

上記の者を下記の学校感染症と診断しました。本疾患が軽快し、感染症予防上登校しても支障ないことを証明します。

下記の疾病により _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで出席停止したことを報告します。

【感染症名】(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 <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	発症後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"/> 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、症状が軽快した後1日経過するまで
<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、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

年 月 日

医療機関名

住所(所在地)

電話

医師名

印