

担当医 様

学校法人 アルウィン学園 玉成保育専門学校

学校感染症治癒証明書の記入について(ご依頼)

学校保健安全法に定められた本校学生罹患者について、下記証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先 玉成保育専門学校
Tel 03-3332-5907

学校感染症治癒証明書

学籍番号 _____ 氏名 _____

上記の者を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がないことを証明します。

下記の疾患により 20 年 月 日～20 年 月 日までの出席停止が妥当であったことを証明します。

※下記の感染症名にレ点を付けてください。

感染症名	出校停止期間
<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日以上を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで
<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日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	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言した後5日経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	主症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染のおそれがないと認められるまで
<input type="checkbox"/> その他の感染症 ()	【学校における感染症第一種】治療するまで 【学校における感染症第三種】医師が感染の恐れがないと認めるまで

20 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師名

印