

主治医殿

「学校において予防すべき感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校において予防すべき感染症」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。

大阪芸術大学附属大阪美術専門学校

「学校において予防すべき感染症」治癒証明書
Certificate of recovery from Infectious Disease

1. 氏名： _____ 学生番号： _____

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	発症した後5日経過しかつ解熱後2日を経過するまで
<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	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	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（プール熱）	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> その他 ()	【学校において予防すべき感染症第一種】治癒するまで 【学校において予防すべき感染症第三種】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。

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

医師名 _____ 印