

主治医殿

「学校において予防すべき感染症（第2種）」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（第2種）」に罹患しました本校生徒について、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（第2種）」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、症状軽快した後1日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱した後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（帯状疱疹）	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日間の適切な抗菌薬療法による治療が終了するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後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恐れがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	病状により学校医その他の医師において感染の恐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。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

④