

担当医 様

学校感染症の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学学生について、下記証明書にご記入いただきますようお願い致します。

新潟産業大学 医務室(TEL:0257-24-6402)

学校感染症治癒証明書

※学生記入

学籍番号： _____ 氏名： _____

上記の学生は、下記の疾患が治癒し、感染症予防上登校しても支障がないことを証明します。

<疾患名> ※該当欄にチェックを付けて下さい。

感染症名	出席停止期間
<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"/> 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日経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
<input type="checkbox"/> 水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消える、または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療終了まで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	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（ _____ ）	【学校感染症第一種】 治癒するまで 【学校感染症第三種】 感染のおそれがないと認められるまで

<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

医療機関名

住所(所在地)

医師名

㊟