

ご担当医 各位

専門学校 富士リハビリテーション大学校
事務局

学校感染症治癒証明書記入について(依頼)

今般、本学学生より「学校感染症罹患報告」があり、学校保健安全法第 19 条で定めるところにより出席停止の措置を行いました。お手数でございますが、本疾患が軽快し感染の恐れがなくなったこと、また今回の出席停止期間について、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。

治 癒 証 明 書

学籍番号 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治癒証明を要する疾病	チェック	疾病名	治癒の目安
		・インフルエンザ	発症した後五日を経過し、かつ、解熱した後二日まで
		・百日咳	特有の咳が消失するまで
		・はしか(麻疹)	解熱後3日を経過するまで
		・ウイルス性肝炎	主要症状が消退し、肝機能が正常化した時
		・おたふく風邪 (流行性耳下腺炎)	耳下腺の腫れが消失するまで
		・三日はしか(風疹)	発疹が消失するまで
		・水疱瘡	すべての発疹が痂皮化(かさぶた)するまで
		・流行性角結膜炎 ・急性出血性結膜炎	治癒するまで
		・プール熱(咽頭結膜炎)	主要症状が消退後 2 日を経過するまで
	・溶連菌感染症 ・流行性嘔吐下痢症 ・感染性胃腸炎 ・マイコプラズマ肺炎 ・ヘルペス性歯肉口内炎 (単純ヘルペス感染症)	主症状が消退し、医師が登校しても差し支えないと認めた時	
	・その他 (病名: _____)	主症状が消退し、医師が登校しても差し支えないと認めた時	

(疾患名を○で囲んでください。)

出席停止期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記治癒証明を要する疾病について、症状が軽快し、感染予防上登校しても支障がないことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住 所

医 師

印