

主治医 殿

「学校における感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校における感染症」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。

長野短期大学 教務学生課

TEL 026-241-0308

学籍番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ \* 本人が記入して医療機関に提出してください。

.....

「学校における感染症」治癒証明書

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。

1. 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"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
<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"/> 水痘	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	医師が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	医師が感染の恐れがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

2. 出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

3. 登校可能日 20 年 月 日 ~

20 年 月 日

医療機関名

住所(所在地)・電話

医師名

印