

「学校における感染症」 治癒証明書

I 学籍番号 _____ 氏名 _____ (本人記入)

上記の者は、下記の感染症が治癒し、登学に支障ないことを証明します。

II 疾患名 (該当欄に☑をつけてください)

疾患名	出席停止期間の基準
<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	発症後5日を経過し、かつ、解熱後2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、顎下腺または舌下腺の腫脹の発現後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、または5日間の適正な抗菌薬による治療終了まで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状消退後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	発症後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"/> その他 ()	【学校における感染症第一種】 治癒するまで
	【学校における感染症第三種】 医師において感染の恐れがないと認めるまで

※ 症状が軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることを指します。

III 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。

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

所在地

電話

医師名

Ⓜ

※学生は、この証明書を事務受付窓口へ提出してください。また、ゼミ担任には写しを提出してください。

※この情報は、学科・教務部・学生部以外には開示しません。ただし、法令に基づく場合や本人の生命・身体および財産を保護するために必要な場合などで、本人の同意を得ることが困難なときは第三者に開示することがあります。