

主治医 殿

大垣女子短期大学

学校感染症治癒証明書記入について（ご依頼）

この度、本学学生より学校感染症に罹患したとの報告を受け、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。

お手数ですが、本疾患が軽快し伝染のおそれが無くなったこと、また今回の出席停止期間について、下記証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

大垣女子短期大学 教務・広報課

TEL：0584-81-6817

---

学校感染症治癒証明書

1. 氏名： \_\_\_\_\_ 学籍番号： \_\_\_\_\_

上記の学生を学校感染症と診断しましたので、報告致します。

また、本疾患が軽快したため、学校感染症予防上登校しても支障がないことを認めます。

2. 疾患名（下記疾患の該当欄に印をつけてください）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症
<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

3. 出席停止期間

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名・住所・電話番号

医師名 \_\_\_\_\_ 印