

主治医様

鳥取短期大学

感染症治癒・登校許可証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の本学学生について、診断内容等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：鳥取短期大学 保健室 TEL 0858-26-1811(代)

感染症治癒・登校許可証明書

学科・専攻 年

学生番号

氏名

上記学生は下記の疾病が治癒し、感染のおそれがないので、登校してよいことを証明します。

感染症名（該当欄に○印をつけてください）

	病名	出席停止の期間（基準）
	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	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、かつ全身症状が良好になるまで
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで 又は5日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで
	結核	感染のおそれがないと認めるまで
	その他 [ ]	感染のおそれがないと認めるまで

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。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名・所在地

医師名

印