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　 ℡0858-26-1811（代）

|  |
| --- |
|  |

感染症治癒・登校許可証明書

　　　年　　　　　　　　学科・専攻　学生番号 　　　　　氏名

１．上記学生は下記の疾病が治癒し、感染のおそれがありませんので、登校してよいことを証明します。

２．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） |
|  | 新型コロナウイルス感染症 | 治癒するまで |
|  | インフルエンザ  Ａ型・Ｂ型（いずれかに○） | 発症した後５日を経過し、かつ、解熱した後  ２日を経過するまで |
|  | 麻疹 | 解熱した後３日を経過するまで |
|  | 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 |
|  | 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 |
|  | 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 |
|  | 咽頭結膜熱 | 主要症状が消退した後２日を経過するまで |
|  | 結核 | 感染のおそれがないと認めるまで |
|  | 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】  医師により感染のおそれがないと認めるまで |

３．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　　　日まで

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名・所在地

医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞