

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、下記の証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

浦和美術専門学校・高等専修学校 事務局

TEL048-873-6171

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名： _____ 学籍番号： _____

上記のものは、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。

2. 疾患名（該当欄にレ点を付けて下さい）

疾患名	出席停止期間
<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日間
<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	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<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"/> 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

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。

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名

印

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、下記の証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

浦和美術専門学校・高等専修学校 事務局

TEL048-873-6171

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名： 氏名を記入 学籍番号： 学生証の番号記入

上記のものは、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。

医師記入欄

2. 疾患名（該当欄にレ点を付けて下さい）

疾患名	出席停止期間
<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日間
<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	耳下腺の腫脹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで
<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"/> 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

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。

年 月 日 ~

年 月 日

年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名

印