

| | | | |
|--------------|---|-------|-----|
| 学生記入 | フリガナ 学生氏名： | 学籍番号： | 学科： |
| 学生への 説明事項 | 学校で予防すべき感染症に罹患時はこの用紙を印刷し、治癒後に主治医に提出、記入依頼をしてください。 療養終了後にフォームより回復報告の申請が必要です。その際にこの用紙の画像添付をしてください。(写真可) 出席停止期間終了後、1週間以内に保健室にこの用紙を提出してください。 | | |

主治医各位

治癒証明書記入のご依頼

学校保健安全法の規定により、「学校において予防すべき感染症」に罹患しました本学学生について、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。

目白大学保健室 TEL：03-5996-3733

「学校で予防すべき感染症」 治癒証明書

Certificate of recovery from Infection Disease

1、疾患名

| 診断日を記入 | 疾患名 | 出席停止期間 |
|---|---------|--|
| | 麻疹 | 解熱後3日を経過するまで |
| | 風疹 | 発疹が消失するまで |
| | 水痘 | すべての発疹が痂皮化するまで |
| | 流行性耳下腺炎 | 耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで |
| | 百日咳 | 特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで |
| | 咽頭結膜熱 | 主要症状消退後2日を経過するまで |
| | 結核 | 感染の恐れがなくなるまで |
| その他 <input type="checkbox"/> 第一種 <input type="checkbox"/> 第二種 <input type="checkbox"/> 第三種 | ・診断名 | ・療養についての指示 <div style="text-align: right;"><small>※対象疾患</small> </div> |

2、出席停止期間（自宅療養指示期間） 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日

上記のものは、1の疾患に罹患したため、2の期間、出席停止が妥当であったことを証明します。

20 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印