

主治医様

仁愛女子短期大学

感染症罹患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：仁愛女子短期大学 学生部 TEL 050-3532-8500

感染症罹患証明書

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

上記学生は下記の疾病に罹患していることを証明します。

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）
第一種感染症（ ）	治癒するまで
新型インフルエンザ	治癒するまで
インフルエンザ	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
流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
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
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
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

初診日 平成 年 月 日

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・所在地

医師名 \_\_\_\_\_ (印)