

主治医様

鳥取短期大学

感染症治療・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 TEL0858-26-1811（代）

感染症治療・登校許可証明書

学科名 _____ 学科 _____ 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）
新型インフルエンザ	治癒するまで
インフルエンザA・B（いずれかに○）	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

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。

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)