

主 治 医 殿

長崎女子短期大学
教 務 課

感染症治癒証明書の交付について（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きまして、裏面の証明書に御記入いただきますようお願い申し上げます。

【問合せ先】

長崎女子短期大学 教務課 095-826-5344
e-mail : kyoumuka@nagasaki-joshi.ac.jp

感染症治癒証明書

本人記入欄	学籍番号	氏名	
-------	------	----	--

上記学生は、下記感染症が治癒し、通学しても支障がないことを証明します。

1. 疾病名（該当の□にレ点を付けてください。）

疾病名	出席停止期間（目安）
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ、解熱した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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に5日間を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
<input type="checkbox"/> 風しん	発しんが消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘	全ての発しんが痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染のおそれなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他 ()	学校保健安全法施行規則第18条に規定する第1種感染症にあつては、治癒するまで。 学校保健安全法施行規則第18条に規定する第3種感染症にあつては、医師において感染のおそれがないと認めるまで。

2. 出席停止期間

上記疾病により下記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 から 令和 年 月 日 まで

令和 年 月 日

医療機関名

連絡先（電話番号）

医師名

印

※学生は、公欠届にこの証明書を添えて教務課に提出すること。