

主治医殿

学校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下さいますようお願い申し上げます。

奈良学園大学

記

学校感染症 治癒証明書

学部 年 学籍番号 氏名

上記の学生は、下欄の感染症が治癒し、感染のおそれなくなりましたので、登校に支障がないことを証明します。

疾患名（該当疾患名  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（特定鳥インフルエンザを除く）	発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで
<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"/> 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"/> 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5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
<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"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> その他 ( )	[学校において予防すべき感染症第一種]治癒するまで [学校において予防すべき感染症第三種]医師において感染のおそれがないと認めるまで

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

医師名

印