

主治医様

「学校における感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校における感染症」に罹患しました本校学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

学校法人藤森学園 大宮理容美容専門学校
さいたま市大宮区桜木町 4-92 (TEL 048-631-3100)

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名： _____ (理容科 ・ 美容科 年 組 番)

上記のものは、下記の感染症が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

2. 疾患名（該当欄にシ点を付けて下さい）

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	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"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	
<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"/> 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"/> 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"/> 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	感染のおそれなくなるまで
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	法令等の定めどおり
<input type="checkbox"/> その他 ()	【学校における感染症第一種】 治癒するまで 【学校における感染症第三種】 医師において感染のおそれがないと認めるまで

3. 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。

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

住所(所在地)

電話

医師名

印