

学校感染症治癒証明書

早稲田速記医療福祉専門学校

学 科	学年	クラス	氏 名	

上記の者は、下記の疾患が治癒し、登校に支障がないことを証明します。

(該当する疾患名の欄に○をつけてください)

疾 患 名	出 席 停 止 期 間
<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 (はしか)	解熱後 3 日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	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"/> 風疹 (三日はしか)	発疹が消失するまで
<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 (プール熱)	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 ()	【第一種感染症】 治癒するまで 【第三種感染症】 医師において感染のおそれがないと認めるまで (例) 溶連菌感染症、マイコプラズマ感染症、感染性胃腸炎

(以下もご記入ください)

出席停止期間 (感染の疑いが出た日を起算)	年 月 日 ~ 年 月 日
登校許可	年 月 日 から

年 月 日

医療機関名・電話番号

医師名

印