

担 当 医 様

公立大学法人
長岡造形大学

「学校感染症治癒証明書」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に罹患した本学学生について、診断内容、出席停止期間等をご記入いただきますようお願い致します。

【問い合わせ先】

長岡造形大学 学生支援課 TEL : 0258-21-3381

「学校感染症治癒証明書」

学籍番号

氏 名

生年月日 S 年 月 日
 H

上記の者を学校感染症と診断しました。本疾患が軽快し、感染症予防上登校しても支障がないことを証明します。

下記の疾病により 令和 年 月 日～令和 年 月 日までの出席停止が妥当であったことを証明します。

記

<感染症名>（該当欄にレ点をつけてください）

感染症名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ □A型 □B型 □不明	発症後5日経過し、かつ解熱後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 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）	全ての発疹が痂皮化するまで
<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	特有の咳が消える、または5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療終了まで
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	主症状が消退した後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 結核	感染のおそれがないと認められるまで
<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】医師が感染のおそれがないと認めるまで

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

