

主治医 殿

「学校における感染症」の治癒証明書記入のご依頼

「学校保健安全法」の定めにより、学校で予防すべき感染症に罹患した本学学生について、下記の証明書にご記入くださいますよう、お願い申し上げます。

東北生活文化大学・東北生活文化大学短期大学部 保健センター TEL 022-346-1201

「学校における感染症」治癒証明書

1.氏名： _____ 学籍番号 _____

(連絡先TEL： _____)

上記の者は、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 (該当欄にをつけてください)

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 不明	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"/> 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、顎下腺また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、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"/> 新型コロナウイルス感染症	発症後7日を経過し、かつ症状軽快後1日を経過するまで
<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】 医師において感染の恐れがないと認められるまで

※「新型コロナウイルス感染症」の疾患名および出席停止期間は政府の方針により今後変更する可能性があります。

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。

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

医師名

※学生は、この証明書を保健センターに提出してください。なお、担任には写しを提出してください。

この情報は、学科・教務課・学生課以外には開示しません。ただし、法令に基づく場合や本人の生命/身体/財産を保護するために必要な場合などで、本人の同意を得ることの困難なときは第三者に開示することがあります。