

学校における予防すべき感染症【治癒証明書】

学校名	岐阜聖徳学園大学 岐阜聖徳学園大学短期大学
学籍番号	氏名

・上記の学生について、下記の疾病のため療養中のところ回復したので登校しても差し支えないことを証明します。

(該当する疾患の番号に○を付けてください) (第1種については病名を記入してください)

* 診断日 令和 年 月 日

* 学校への出席停止期間 令和 年 月 日より令和 年 月 日まで

		対象疾病	出席停止期間の基準
第1種	1	疾患名 ()	治癒するまで
	2	結核	感染のおそれなくなるまで
第2種	3	髄膜炎菌性髄膜炎	症状により、学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
	4	コレラ	症状により、学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで
5	細菌性赤痢		
6	腸管出血性大腸菌感染症		
7	腸チフス		
8	パラチフス		
9	流行性角結膜炎		
10	急性出血性結膜炎		
第3種	下記は条件によって出席停止の措置が必要と考えられるもの		
	11	その他の伝染病【溶連菌感染症・ウイルス性肝炎・手足口病・伝染性紅斑・ヘルパンギーナ・マイコプラズマ感染症・感染性胃腸炎・流行性下痢嘔吐症・疥癬(角化型)・伝染性単核球症・その他()】	症状により、学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

登校に関する条件等あれば明記してください。()

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

* 学生はこの用紙を保健室に提出してください。

* 医療機関からの診断書(療養期間が明記されたものに限る)でも可。