

## 感染症治癒・登校許可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罹患の本学学生について、診断内容等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：鳥取看護大学 保健室 TEL 0858-27-2800(代)

## 感染症治癒・登校許可証明書

看護学部看護学科 \_\_\_\_\_ 年 学生番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

1. 上記学生は下記の疾病が治癒し、感染のおそれがないので、登校してよいことを証明します。

2. 感染症名（該当欄に○印をつけてください）

	病名	出席停止の期間（基準）
	麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘	全ての発疹が痂皮化するまで
	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、かつ全身症状が良好になるまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで 又は5日間の適切な抗菌薬療法が終了するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	結核	感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれがないと認めるまで
	その他 [ ]	【学校における感染症第一種】 完全に治癒するまで 【学校における感染症第三種】 医師により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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名・所在地

医師名 \_\_\_\_\_ (印)