

主治医各位

大阪キリスト教短期大学

【学校において予防すべき感染症】罹患証明記入につきまして（ご依頼）
学校保健安全法施行規則第18条に定める【学校において予防すべき感染症】に罹患しました
本学学生につきまして、下記証明書にご記入をお願い申し上げます。

問い合わせ先：大阪キリスト教短期大学保健室

☎06-6652-2091

1.該当学生

本人記入	学籍番号：	氏名：
	携帯番号：	

【学校において予防すべき感染症】罹患証明

2.疾患名（該当欄にレ点を付けて下さい）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症した後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"/> 新型コロナウイルス	発症した後5日を経過し、かつ、症状軽快後1日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹	解熱した後5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、顎下腺又は舌下線の腫脹が発見した後5日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な治療が終了するまで
<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	医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	医師において感染のおそれがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎	症状が消失するまで
<input type="checkbox"/> その他 ()	医師において感染のおそれがないと認めるまで

3.出席停止（予定）期間

初診日	20 年 月 日
出席停止予定期間	20 年 月 日 ~ 月 日 あるいは（ まで）

* 「出席停止予定期間」は、診察時の見込みで結構です。

医療機関

医師名