

主治医殿

「学校感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

ご多用中恐れ入りますが、「学校感染症」に罹患しました本校生徒について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

都立第三商業高等学校  
定 時 制 課 程  
校 長 浦 部 利 明

学校感染症 罹患証明書

年 1組 番 生徒氏名： \_\_\_\_\_

該当欄にレ点をつけてください

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	発症した後5日経過しかつ解熱後2日を経過するまで
<input type="checkbox"/> 麻疹	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（带状疱疹）	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又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による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	感染の恐れがなくなるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがなくなるまで
<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おそれがないと認めるまで

上記疾患に罹患したことと、下記の期間の出席停止措置が必要であることを証明します。

出席停止期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名

医師 氏名

印