

主治医殿

「学校における感染症」の治癒証明書記入について（ご依頼）

「学校における感染症」に罹患しました本学学生について、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。

早稲田大学保健センター保健管理室

TEL 03-5286-9800

「学校における感染症」治癒証明書  
Certificate of recovery from Infectious Disease

1. 氏名： \_\_\_\_\_ 学籍番号： \_\_\_\_\_

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（該当欄にレ点を付けてください）

疾患名	出席停止期間
<input type="checkbox"/> インフルエンザ □A型 □B型 □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"/> 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

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。

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

住所(所在地)

電話

医師名

印