

ご担当医様

「学校における予防すべき感染症」 治癒証明書の記入について（ご依頼）

「学校における予防すべき感染症」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。

東京医科歯科大学 保健管理センター

TEL : 03-5803-5081

## 「学校における予防すべき感染症」治療証明書

学籍番号

氏名

上記の者は、下記の感染症が軽快し、登校に支障がない事を証明します。

下記の疾患により、

20 年 月 日から、 20 年 月 日までの  
出席停止が妥当であったことを証明します。

疾患名（該当欄にレ点を付けてください。その他においては疾患名の記入をお願いします。）

	疾患名	登校基準の目安
<input type="checkbox"/>	百日咳	特有な咳が消失するまで、または、5 日間の適正な抗菌薬による治療が終了した後
<input type="checkbox"/>	麻疹	解熱後 3 日を経過した後
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の主張が発現した後 5 日を経過し、かつ全身状態が良好となった後
<input type="checkbox"/>	風疹	発疹の消失後
<input type="checkbox"/>	水痘	すべての発疹が痂皮化した後
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	主要症状が消失して 2 日経過後
<input type="checkbox"/>	結核	感染の恐れがないと認められた後
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがないと認められた後
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎	感染の恐れがないと認められた後
<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> その他（ ）	下痢、嘔吐が消失した後
<input type="checkbox"/>	EB ウイルス感染症	症状が回復した後
<input type="checkbox"/>	その他（疾患名： ）	

年            月            日

医療機関名

住所（所在地）

医師名

印

◆学生は、本書類を受け取った当日中に「学校感染症 軽快 Forms」に本書類をアップすること。

◆インフルエンザは検査結果と受診が分かる画像のアップ、溶連菌感染症は検査結果と処方内容が分かる画像のアップとし、治癒証明書は不要です。