

『学校感染症』の治癒証明書記入について（ご依頼）

『学校感染症』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。

問い合わせ先：福井工業大学 医務室 0776-29-2629
学務課 0776-29-7867

『学校感染症』の治癒証明書

1. 氏名

_____ 男・女 [生年月日：H ____ 年 ____ 月 ____ 日]

2. 疾患名（該当欄に☑を付けて下さい）

疾患名	出席停止期間
<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、また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"/> インフルエンザ	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"/> 結核	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

3. 出席停止期間

_____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日

上記の学生を学校感染症と診断しましたので、報告致します。
また、本疾患が軽快したため、学校感染症予防上登校しても支障がないことを認めます。

_____ 年 ____ 月 ____ 日

医療機関名

医師名

Ⓜ

*この証明書の内容は、医務室・学務課・授業担当教員以外には開示しません。
ただし、学内集団感染において緊急を要する場合、法令に基づく場合、本人の生命・身体などを保護するために必要である場合など、本人の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。