

担当医 殿

学校法人 全国理容中央学園  
中央理美容専門学校  
校長 河合 靖 臣

学校感染症の治癒証明書記入について（ご依頼）

この度、本学園生より「学校伝染病罹患」の届け出があり、出席停止の措置を行いました。お手数ですが、学生罹患の治癒または、疾病による感染のおそれが無くなったこと、また今回の出席停止期間について、下記証明書にご記入いただきますようお願い致します。

学校感染症治癒証明書

中央理美容専門学校校長 殿

理容科・美容科 学籍番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

【感染症名】（該当する感染症名にレ点を付けて下さい）

種 類	病 名	出席停止の期間の基準 (ただし、医師が感染のおそれがないと認めた時はこの限りではない)
第一種	<input type="checkbox"/> 病名（ ）	治癒するまで
第二種	<input type="checkbox"/> インフルエンザA型 <input type="checkbox"/> インフルエンザB型 (H5N1および新型を除く)	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"/> 百日咳	特有の咳が消失するまで、または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"/> 麻疹	解熱した後3日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺または舌下腺の膨張が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
	<input type="checkbox"/> 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"/> 咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状が消退した後2日を経過するまで
	<input type="checkbox"/> 結核・髄膜炎菌性髄膜炎	症状により医師が感染のおそれがないと認めるまで
第三種	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎	症状により医師が感染のおそれがないと認めるまで
	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	
	<input type="checkbox"/> コレラ	
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	
	<input type="checkbox"/> 腸チフス	
	<input type="checkbox"/> パラチフス	
<input type="checkbox"/> その他の感染症 ※ ( )		

※その他の感染症：手足口病、感染性胃腸炎（ノロウイルス）、マイコプラズマ感染症、溶連菌感染症、EBウイルス感染症（伝染性単核球症）、単純ヘルペス感染症、带状疱疹

上記疾患で加療していましたが、他への感染のおそれがなくなりましたので登校を認めます。

出席停止期間 月 日 ～ 月 日

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

印