

主治医 殿

「学校における感染症」の出席停止期間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。

東京教育専門学校
TEL 03-3983-3385

出席停止期間証明書

1. 患者名： _____

2. 疾患名（該当欄に○印を付けてください）

○印	疾患名	出席停止期間
	インフルエンザ (鳥インフルエンザを除く)	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
	新型コロナウイルス (COVID-19)	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
	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
	麻疹 (はしか)	解熱した後3日を経過するまで
	水痘 (水ぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
	風疹	発疹が消失するまで
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺また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
	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
	結核	感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	感染のおそれがないと認めるまで
	腸管出血性大腸菌感染症	感染のおそれがないと認めるまで
	流行性角結膜炎	感染のおそれがないと認めるまで
	その他の感染症 (病名)	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。

診断日 令和 年 月 日

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師名

印