

担当医 殿

大阪医科薬科大学

感染症治癒・登校許可証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた感染症罹患の本学学生につきまして、診断内容等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：大阪医科薬科大学 保健管理室 Tel 072-684-6550

感染症治癒・登校許可書

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 西暦 年 月 日

標記の学生は、下記の学校感染症が治癒し、感染のおそれがないため登校しても支障がないことを証明します。

※該当欄に○印を記入して下さい。

| ○印 | 病名                          | 種別           |
|----|-----------------------------|--------------|
|    | 第一種感染症 [ ]<br>その他 指定感染症 [ ] | 第1種          |
|    | インフルエンザ A                   |              |
|    | インフルエンザ B                   |              |
|    | 百日咳                         |              |
|    | 麻しん（はしか）                    |              |
|    | 水痘（水ぼうそう）                   |              |
|    | 風しん（三日ばしか）                  |              |
|    | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）             |              |
|    | 咽頭結膜熱（プール熱）                 |              |
|    | 結核                          |              |
|    | 髄膜炎菌性髄膜炎                    |              |
|    | 新型コロナウイルス感染症                |              |
|    | 流行性角結膜炎                     |              |
|    | 急性出血性結膜炎                    |              |
|    | 腸管出血性大腸菌感染症                 |              |
|    | 感染性胃腸炎                      |              |
|    | マイコプラズマ感染症                  |              |
|    | 溶連菌感染症                      |              |
|    | その他 [ ]                     | （第3種）<br>その他 |

発症日 西暦 年 月 日

登校許可日 西暦 年 月 日 から登校可能

西暦 年 月 日

医療機関名・住所

医師名 \_\_\_\_\_