

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○印を記入してください。

○印	病名	種別
	第一種感染症 [] その他 指定感染症 []	第1種
	インフルエンザ A	第2種
	インフルエンザ B	
	百日咳	
	麻疹（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	第3種
	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	（その他） 第3種
	マイコプラズマ感染症	
	溶連菌感染症	
	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 _____