ご 担 当 医 殿

学校感染症治癒証明書記入のご依頼

学校保健安全法の定めにより、学校で予防すべき感染症に罹患（疑いも含む）した本学生について、疾患名および登校禁止の措置が必要であったと考えられる期間を、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

東京家政大学狭山校舎
問合わせ先：狭山保健室
TEL04-2952-1620

学校感染症治癒証明書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿学科　＿＿＿学年　クラス＿＿＿　学籍番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の学生は、下記の疾患が治癒し登校しても支障がないことを証明します。

[該当欄にレ点を付けてください]

	疾患名		疾患名
	インフルエンザ		髄膜炎菌性髄膜炎
	□A型　□B型　□不明		腸管出血性大腸菌感染症
	百日咳		流行性角結膜炎
	麻疹		急性出血性結膜炎
	流行性耳下腺炎		溶連菌感染症
	風疹		マイコプラズマ感染症
	水痘		感染性胃腸炎
	咽頭結膜炎		その他の感染症
	結核		[　　]

登校禁止期間：　　年　　月　　日　　～　　年　　月　　日

年　　月　　日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞