

# 治癒証明書

氏名： \_\_\_\_\_ 学部 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 学生証番号 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	疾病名	治癒の目安
治癒証明を要する疾病	・インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで
	・百日咳	特有の咳が焼失するまで又は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
	・はしか(麻疹)	解熱後3日を経過するまで
	・ウイルス性肝炎	主要症状が消退し、肝機能が正常化した時
	・おたふく風邪(流行性耳下腺炎)	耳下腺、顎下腺又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
	・三日はしか(風疹)	発疹が消失するまで
	・水疱瘡	すべての発疹が痂皮化(かさぶた)するまで
	・流行性角結膜炎	治癒するまで
	・急性出血性結膜炎	
	・プール熱(咽頭結膜熱)	主要症状が消退後2日を経過するまで
	・溶連菌感染症	主症状が消失し、医師が登校しても差し支えないと認めた時
	・流行性嘔吐下痢症	
・感染性胃腸炎		
・マイコプラズマ肺炎		
・ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染症)		

(疾病名を○で囲んでください。)

加療期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

治癒年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記治癒証明を要する疾病について、治癒したことを証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_