

治 療 証 明 書

東日本栄養医薬専門学校

_____ 学科 _____ 年 _____ 組

_____ 学籍番号 _____ 氏名 _____

上記の者は、学校伝染病と診断されていましたが、治癒しましたのでここに証明いたします。
すでに、感染の恐れはありませんので、登校に関して差し支えありません。

記

病名 (学校保健法に係る伝染病分類) (当てはまるものにチェックして下さい)

第一種	第二種	第三種
<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> マールブルグ熱 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (ポリオ) <input type="checkbox"/> 痘そう <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群 及び鳥インフルエンザ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱及び結核	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症 <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 腸チフス及びパラチフス <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他の伝染病 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ) <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> ウィルス性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

出席停止期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

配慮事項

.....
.....

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

東日本栄養医薬専門学校長 様

医療機関名

医 師 名

印