

診 断 ・ 登 校 許 可 証 明 書

フェリス女学院大学

学籍番号 _____

氏 名 _____

上記の者は、下記疾患が治癒または感染のおそれなくなったため、登校可能であることを証明します。

疾病の該当欄に○印を記入してください。

該当	疾病名	出席停止期間の基準
	インフルエンザ(型)	発症後5日、かつ解熱後2日が経過するまで
	新型コロナウイルス	発症後5日を経過し、かつ症状が軽快した後、1日を経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な抗菌性物資製剤による治療が終了するまで
	麻疹 (はしか)	解熱後、3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺、顎下腺また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となるまで
	風疹	発疹が消失するまで
	水痘 (みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱 (プール熱)	主要症状が消退した後、2日を経過するまで
	結核	医師が感染のおそれがないと認めるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	医師が感染のおそれがないと認めるまで
	その他 ()	医師が登校を認めるまで

・初 診 年 月 日

・出席停止期間 年 月 日から 年 月 日まで

・登校許可日 年 月 日

年 月 日

医療機関名：

住所・電話：

医 師 名： _____ 印