診 断 ・ 登 校 許 可 証 明 書

フェリス女学院大学

学籍番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【診察医 記入欄】

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

感染症の該当欄に○印を記入してください。

該当	感染症	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
	その他の感染症 （　　）	医師が登校を認めるまで （　）内に診断名を記入してください

・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