

治癒証明書

年 組 番 生徒氏名

保護者氏名

印

下記の感染症が治癒し、学校安全法の基準により感染予防上、支障がないことを証明します。

診 断 名

学校感染症

第一種	第二種	第三種
エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群 (SARS コロナウイルスである ものに限る) 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 (ポリオ) ジフテリア 鳥インフルエンザ (H5N1)	インフルエンザ 百日咳 麻疹 (はしか) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 風疹 水痘 (水疱瘡) 咽頭結膜熱 (プール熱) 結核 髄膜炎菌性髄膜炎	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 ※その他の感染症 [溶連菌感染症・ウイルス性肝 炎・手足口病・伝染性紅斑・マイ コプラズマ感染症・ヘルパンギ ーナ・感染性胃腸炎 (ノロウイル ス等)]

出席停止期間

月 日 () ~ 月 日 ()
年 月 日

医師・医療機関名

●出席後、すぐに担任の先生に提出すること。

【保護者・生徒】 → 【担任】 → 【教務・保健室】

担任は、コピーして教務と保健室に渡してください。