

学校感染症治癒証明書

年 組 名前 _____

下記の疾患のため、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで療養を指示していましたが、
感染のおそれが極めて少なくなったため登校が可能であると判断しました。

●第1種の感染症 () _____

●第2種の感染症 (インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症の場合には担任にご連絡ください)

- | | |
|-------------|--------------|
| () 百日咳 | () 水痘 |
| () 麻疹 | () 咽頭結膜熱 |
| () 流行性耳下腺炎 | () 結核 |
| () 風疹 | () 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| | () _____ |

●第3種の感染症

- | | |
|-----------------|--------------|
| () コレラ | () 流行性角結膜炎 |
| () 細菌性赤痢 | () 急性出血性結膜炎 |
| () 腸管出血性大腸菌感染症 | () その他の感染症 |
| () 腸チフス、パラチフス | _____ |

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ (印)