

学校伝染病治癒証明書

学籍番号： _____

氏 名： _____

生年月日：昭和
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の学生を学校伝染病と診断しました。本疾患が軽快し、伝染病予防止登校しても支障ないことを証明します。

1 疾患名（下記疾患の該当欄にレ印をつけてください。）

<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	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> その他(_____)

2 出席停止期間

上記の疾病により、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日の出席停止が妥当であったことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・住所

医師名 _____ 印