

# 治癒証明（登校許可）書

立川市立 第七小 学校 年 組

氏名 男、女

生年月日 平成 年 月 日

\* 下線部分は事前に記入して下さい

下記疾患により

平成 年 月 日に治療を開始しましたが

平成 年 月 日より登校して差し支えないことを証明します

疾患名（該当する疾患名に☑を入れて下さい）

学校感染症 第二種

- |         |                               |
|---------|-------------------------------|
| インフルエンザ | （解熱後2日を経過するまで）                |
| 百日咳     | （特有の咳が取れるまで）                  |
| 麻疹      | （解熱後3日を経過するまで）                |
| 流行性耳下腺炎 | （耳下腺の腫れが消失するまで）               |
| 風疹      | （発疹が消失するまで）                   |
| 水痘      | （すべての発疹がかさぶたになるまで）            |
| 咽頭結膜熱   | （主要症状が消退した後、2日を経過するまで）        |
| 結核      | （学校医その他の医師において感染の恐れがないと認めるまで） |

その他の感染症

（ ）

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印