

治癒証明（登校許可）書

立川市立 _____ 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

⑩