

治癒証明書

高・中 ____年__組__番 氏名_____

病名：_____

上記の者 平成 ____年 ____月 ____日より上記の疾病で療養中のところ軽快したので
平成 ____年 ____月 ____日から登校してよい事を証明する。

平成 ____年 ____月 ____日

住所

医師氏名

*出席停止期間の基準

第二種

インフルエンザ	解熱した後、2日を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで
麻疹	解熱した後、3日を経過するまで
流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで
風疹	発疹が消失するまで
水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
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	

*ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるときは、この限りではない。

第三種

腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他の感染症
*結核及び第三種については、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで

*保護者記入欄 月 日より 月 日まで欠席しました。

保健室提出 月 日