

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 （発症後5日を経過し、かつ、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又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで）
- 麻疹 （解熱後3日を経過するまで）
- 流行性耳下腺炎 （耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで）
- 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）
- 髄膜炎菌性髄膜炎 （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

Ⓜ