

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 （発熱した後5日、かつ解熱後2日を経過するまで）
- 百日咳 （特有の咳が消失するまで、または5日間の適性な抗菌薬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、顎下腺または舌下腺の腫れが発現した後5日を経過しかつ全身状態が良好となるまで）
- 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）

その他の感染症

（ _____ ）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

㊞