

治癒証明（登校許可）書

立川市立新生小学校 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

令和 年 月 日に治療を開始しましたが

令和 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）
（A型・B型・新型・その他（ ））

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）

学校感染症 第三種

溶連菌感染症（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）

手足口病（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）

ウイルス性胃腸炎（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

（ ）

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印