

## 治癒証明書（学校感染症）

学校名 八王子実践中学・高等学校

※生徒氏名、住所欄は保護者の方がご記入ください。

- ・生徒住所 \_\_\_\_\_
- ・生徒氏名 \_\_\_\_\_ ( 学年 組)
- ・保護者名 \_\_\_\_\_ 印

### 1・学校感染症名（出席停止の疾病）

- ① インフルエンザ（H5N1を除く） ②流行性耳下腺炎 ③麻疹 ④風疹  
⑤水痘 ⑥百日咳 ⑦マイコプラズマ肺炎 ⑧咽頭結膜熱  
⑨伝染性膿痂疹 ⑩急性出血性結膜炎 ⑪流行性角結膜炎 ⑫伝染性紅斑  
⑬その他の伝染病（感染性胃腸炎 溶連菌感染症など～）

2・病 名 ※番号をご記入ください。（ ）

### 3・出席停止期間

※平成 年 月 日（発病）～ 月 日（治癒）まで

◎ 上記の疾病につきまして、（治癒、軽快）いたしましたので、登校してもさしつかえありません。

●医療機関名 住 所 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_ 印

平成 年 月 日