

# 治癒証明書(学校伝染病)

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 学校伝染病 (出席停止の疾病)

- ①インフルエンザ ②流行性耳下腺炎 ③麻疹 ④風疹 ⑤水痘(水ぼうそう)
- ⑥百日咳 ⑦ウイルス性肝炎 ⑧咽頭結膜熱 ⑨急性灰白髄炎 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 ( )

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