

# 治癒証明書

学習院中等科 \_\_\_\_年\_\_組\_\_番 氏名\_\_\_\_\_

生年月日 平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

病名 (該当するものに✓)

	病名		病名
	麻疹		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
	風疹 (三日はしか)		水痘 (水ぼうそう)
	咽頭結膜熱		結核
	髄膜炎菌性髄膜炎		細菌性赤痢
	腸管出血性大腸菌感染症		流行性角結膜炎
	急性出血性結膜炎		溶連菌感染症★
	百日咳		手足口病★
	ウイルス性肝炎★		流行性嘔吐下痢症★
	マイコプラズマ感染症★		
	その他〔疾患名		〕

★印の疾患にあつては、学校において流行を広げる可能性がある場合には出席停止措置の対象になります。

◎より重大な感染症である第一種疾患にあつては、指定機関・指定医による診断によります。

上記疾患による強い感染力を考慮し、下記の期間の後、登校可能と認めます。

出席停止期間

自 令和\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

至 令和\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

令和 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

医療機関名

医師名