

治癒証明書

- ・この証明書は、医師による治癒証明が必要な学校感染症に罹患した場合に、学校へ提出する書類です。 ※医療機関での発行が必要です
- ・お子様の登校再開初日に、担任教諭へ「治癒証明書」を提出してください。

立川市立 _____ 小・中 学校
_____ 年 _____ 組 児童・生徒氏名 _____
※この枠内のみ、保護者の方が記入し、医療機関へご持参ください。

診 断 名		
学校感染症 第一種	: 完全に治癒するまで療養し、治癒した時点で証明書を発行する。	
疾病名	: (_____)	
学校感染症 第二種	: 疾病ごとに必要な期間療養し、治癒した時点で証明書を発行する。	
疾病名	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 水痘
	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 結核
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎
学校感染症 第三種	: 疾病ごとに必要な期間療養し、治癒した時点で証明書を発行する。	
疾病名	<input type="checkbox"/> コレラ	<input type="checkbox"/> パラチフス
	<input type="checkbox"/> 細菌性赤痢	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
	<input type="checkbox"/> 腸チフス	

学校長殿

上記疾病を

_____年_____月_____日に発症しましたが、
_____年_____月_____日より登校して差し支えないことを証明します。

_____年_____月_____日

医療機関名

医 師 名

㊞