**学校感染症治癒証明書**

学籍番号：　　　　　－

氏名：

生年月日：昭和

平成　　　年　　　月　　　日生

上記の学生を学校感染症と診断しました。本疾患が軽快し、感染症予防上登校しても支障ないことを証明します。

１　疾患名（下記疾患の該当欄にレ印をつけてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □インフルエンザ | □百日咳 | □麻疹 |
| □流行性耳下腺炎 | □風疹 | □水痘 |
| □咽頭結膜熱 | □結核 | □腸管出血性大腸菌感染症 |
| □流行性結膜炎 | □急性出血性結膜炎 | □その他（　　　　　　　　） |

２　出席停止期間

上記の疾病により、令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日の出席停止が妥当であったことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名・住所

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印