

学校感染症治癒証明書

※保護者記入

学年・組・番号	年 組 番
生徒氏名	

※担当医様へ 本校の生徒がお世話になります。お手数ではございますが、ご記入をお願いいたします。

診断名 (あてはまる数字に○)	上記の者は、学校保健安全法における感染症 1 インフルエンザ (A型 ・ B型 ・ その他) 2 コロナウイルス感染症 3 水痘 4 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 5 麻疹(はしか) 6 咽頭結膜炎(プール熱) 7 風疹 8 流行性結膜炎 9 その他 () により、出校停止を指示したことを証明します。
診断日	年 月 日
登校許可日 <small>(インフルエンザ・コロナウイルス感染症は不要)</small>	年 月 日

医療機関名及び病院名 _____

医師名 _____

※インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症の場合は、保護者の方がご記入ください。

インフルエンザ 発症後 5 日を経過し、かつ解熱後 2 日を経過したので、登校させます。

新型コロナウイルス感染症 発症後 5 日を経過し、かつ、症状が軽快した後 1 日を経過したので、登校させます。

_____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____