

学校感染症治癒証明書

年（松・桜）組 児童名（ ）

上記の者の下記疾患について、感染のおそれがないと認めていただきましたら、出席停止期日と医療機関名のご記入をお願いいたします。

出席停止期間 月 日～ 月 日 日間

年 月 日

医療機関名

印

治癒した病名に○をつけてください

第1種

エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう 南米出血熱 ベスト
マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎（ポリオ） ジフテリア
重症急性呼吸器症候群（病原体がSARS [サーズ] コロナウイルスであるものに限る）

第2種

百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 風疹
水痘（水ぼうそう） 咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎

第3種

コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス
パラチフス 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎

その他の感染症

溶連菌感染症 ウイルス性肝炎 手足口病 感染性紅斑
ヘルパンギーナ マイコプラズマ感染症 感染性胃腸炎
アタマジラミ 伝染性軟属腫 伝染性膿痂疹

※登校後すぐに担任または副担任に提出してください。