

治 療 証 明 書

年 組 番

氏 名

上記の生徒は、学校伝染病と診断されていましたが、治癒しましたのでここに証明いたします。
すでに感染の恐れはありませんので、登校に関して差し支えありません。

病 名	麻疹 風疹 水痘 百日咳 咽頭結膜炎 腸管出血性大腸菌感染症 流行性耳下腺炎 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 結核 A群溶連菌感染症 感染性胃腸炎 マイコプラズマ感染症 伝染性紅斑 ヘルパンギーナ 手足口病 ウイルス性肝炎(A型) 伝 染性膿痂疹
	【その他の病名】

治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------	---------------

年 月 日

医療機関名

医 師 名 印

【学校記入欄】

出席停止期間 年 月 日 () 限から
年 月 日 () 限まで

担 任	学年主任	養護教諭	教務部長	□コピーは担任保管 □原本は教務保管