

治 癒 証 明 書

年 組 番 氏名

上記の者は、学校保健安全法施行規則第18条に定められる感染症のために、下記の期間治療し、治癒したこと（または、他に感染のおそれがないと考えられる状態になったこと）を証明します。

1 病名（該当するものに○をつけて下さい。その他の病名は空欄に記入して下さい。）

- 百日咳
- 麻疹
- 流行性耳下腺炎
- 風疹
- 水痘
- 結核
- その他（_____）
- 感染性胃腸炎
- 咽頭結膜熱
- 溶血連鎖球菌感染症
- 手足口病
- 伝染性紅斑
- マイコプラズマ感染症

※インフルエンザは、別様式の「インフルエンザ治癒報告書」を使用してください。

2 治療・療養にかかった期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

< 付記 >

令和 年 月 日

医療機関名

医師名