

学校感染症治癒証明書

愛知県立丹羽高等学校

年 組 番 氏名

[病名] 百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 結核

風疹 ・ 水痘 ・ 咽頭結膜熱 ・ 髄膜炎菌性髄膜炎

その他 ()

[療養期間] 平成 年 月 日～平成 年 月 日

[特記事項] _____

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

*インフルエンザに限り、保護者の方の記入による「インフルエンザ治癒証明書」で代替することができます。

*裏面にインフルエンザの罹患・治療及び診察を受けた日付が確認できる書類（薬の説明書のコピー等）を添付して下さい。

インフルエンザ治癒証明書

愛知県立丹羽高等学校

____年____組 ____番 氏名_____

[病名] インフルエンザ_____型

[治療を受けた医療機関名] _____

[出席停止期間] 平成____年____月____日に発症し、治療のため
平成____年____月____日まで欠席させました。
医師からの登校許可がございましたので登校させます。

平成____年____月____日

保護者氏名_____印

*周囲への感染拡大を防ぐため、必ず医師の指示に従い、療養期間を守ってください。
*インフルエンザの出席停止の基準は「発症した後5日を経過し、かつ解熱後2日を経過するまで」です。