

(学校提出用)

治癒証明書 (学校感染症用)

東大寺学園中・高等学校 中・高 () 年 () 組 () 番
名 前 ()

病名 (該当するものを○で囲んで下さい)

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
ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 ジフテリア
重症急性呼吸器症候群 (SARS) 急性灰白髄炎
鳥インフルエンザ (H5N1、H7N9)

第2種

インフルエンザ (H5N1、H7N9を除く) 百日咳 麻疹
流行性耳下腺炎 風しん 水痘 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 ()

上記の疾病は治癒しましたので、登校を許可します。

出席停止期間

自 年 月 日 ~ 至 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医療機関住所

医師名

印