

学校感染症登校許可証明書

氏名 _____

(年 組 番)

1

上記の者は、下記の疾病が治癒したので登校してよいことを証明します。

疾 病 名	
麻しん (はしか)	咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	流行性角結膜炎
風しん (三日はしか)	急性出血性結膜炎
水 痘 (みずぼうそう)	その他 (_____)

(上記疾病の該当欄に○印を記入してください。)

初診 西暦 年 月 日

登校許可 西暦 年 月 日

西暦 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印 _____

(年 組 番)

2

上記の者は、下記の疾病が治癒したので登校してよいことを証明します。

疾 病 名	
麻しん (はしか)	咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	流行性角結膜炎
風しん (三日はしか)	急性出血性結膜炎
水 痘 (みずぼうそう)	その他 (_____)

(上記疾病の該当欄に○印を記入してください。)

初診 西暦 年 月 日

登校許可 西暦 年 月 日

西暦 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印 _____

(年 組 番)

3

上記の者は、下記の疾病が治癒したので登校してよいことを証明します。

疾 病 名	
麻しん (はしか)	咽頭結膜熱 (アデノウイルス感染症)
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	流行性角結膜炎
風しん (三日はしか)	急性出血性結膜炎
水 痘 (みずぼうそう)	その他 (_____)

(上記疾病の該当欄に○印を記入してください。)

初診 西暦 年 月 日

登校許可 西暦 年 月 日

西暦 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

印 _____