

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 _____