

学校感染症治癒証明書

調理師学科・調理高度テクニカル学科

年 組 番 氏名

上記の者は、学校感染症と診断されていましたが、治癒しましたのでここに証明いたします。
すでに、感染の恐れはありませんので、登校に関して差し支えありません。

記

病名 (学校保健安全法に係る感染症分類)

(当てはまるものにチェックして下さい)

第一種	第二種	第三種
<input type="checkbox"/> エボラ出血熱 <input type="checkbox"/> クリミア・コンゴ出血熱 <input type="checkbox"/> 痘瘡 <input type="checkbox"/> 南米出血熱 <input type="checkbox"/> ペスト <input type="checkbox"/> マールブルグ熱 <input type="checkbox"/> ラッサ熱 <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎(ポリオ) <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 重症急性呼吸器症候群 (SARS コロウイルスによるものに限る) <input type="checkbox"/> 鳥インフルエンザ(H5N1) <input type="checkbox"/> 指定感染症及び新感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザ()型) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 細菌性赤痢 <input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症(O157) <input type="checkbox"/> 腸チフス及びパラチフス <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎(アポロ病) <input type="checkbox"/> その他の感染症 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他 ()

出席停止期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

配慮事項

.....
.....

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印