

【学校提出用】

# 治 癒 証 明 書

医療機関の治癒証明は不要です。保護者によるご記入をお願いします。受診の際に、登校できる健康状態について、主治医の指導を受けてください。治癒証明書は、担任に提出してください。

●生徒氏名 （中・高） 年 組 番 氏名

●病 名 該当する病名（インフルエンザは型についても）を○で囲んでください。

1. 新型コロナウイルス
2. インフルエンザ （ A 型 ・ B 型 ）
3. 感染性胃腸炎(ノロウイルスやロタウイルス等感染力の強い胃腸炎のみ)
4. 溶連菌感染症
5. マイコプラズマ感染症
6. 流行性耳下腺炎
7. 麻疹
8. 風疹
9. 水痘
10. 咽頭結膜熱
11. その他（ ）

●受診医療機関名 \_\_\_\_\_

●出席停止期間 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) から

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) まで

●通院証明 通院を証明できる以下のいずれかの写し(本人の氏名が記載していること。)を、裏面に添付してください。

\*添付するものを○で囲んでください。

( 医療費明細書 調剤明細書 薬の説明書 )

上記の感染症により登校を控えておりましたが、登校に支障がない状況まで治癒したことを報告致します。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

-----  
[学校記入欄]

担任受領日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 印

学年担当者受領日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 印

保健室受領日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 印

医療費明細書・調剤明細書・薬の説明書のいずれかの写しを添付  
してください。 \*本人の氏名が記載していること。