

治 療 証 明 書

松戸市立松戸高等学校

年 組 番

生徒氏名 _____

上記の者は、下記疾患はほぼ完治し、他に感染のおそれなく、登校しても差し支えないものと認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師住所 _____

医師名 _____ (印)

記

1. 疾患名

インフルエンザ (A ・ B 型)	感染性胃腸炎
溶連菌感染症	マイコプラズマ感染症
流行性耳下腺炎	百日咳
麻疹 風疹	咽頭結膜熱
水痘	流行性角結膜炎
その他 (結核
	急性出血性結膜炎
	ウィルス性肝炎
	腸管出血性大腸菌感染症
)

2. 発症日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 出席停止期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※インフルエンザの出席停止期間は「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」と学校保健安全法で規定されています。発症日からこの期間を考慮しての記載をよろしくお願いいたします。