

治癒証明書

氏名:

生年月日: 年 月 日

	疾病名	治癒の目安
治癒証明を要する疾病	・インフルエンザ	発症後5日を経過し、かつ、解熱後2日を経過するまで
	・百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
	・はしか(麻疹)	解熱後3日を経過するまで
	・ウイルス性肝炎	主要症状が消退し、肝機能が正常化した時
	・おたふく風邪(流行性耳下腺炎)	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	・三日はしか(風疹)	発疹が消失するまで
	・水疱瘡	すべての発疹が痂皮化(かさぶた)するまで
	・流行性角結膜炎	治癒するまで
	・急性出血性結膜炎	
	・プール熱(咽頭結膜熱)	主要症状が消退後2日を経過するまで
	・溶連菌感染症 ・流行性嘔吐下痢症 ・感染性胃腸炎 ・マイコプラズマ肺炎 ・ヘルペス性歯肉口内炎(単純ヘルペス感染症)	主症状が消失し、医師が登校しても差し支えないと認められた時

(疾病名を○で囲んでください。)

加療期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

治癒年月日: 年 月 日

上記治癒証明を要する疾病について、治癒したことを証明します。

年 月 日

医療機関名:

医師名: