

登校許可（治療証明）書

* この枠内は、保護者の方が予めご記入ください。

東京家政学院 中学・高等学校	_____	_____	_____	_____
生徒氏名	_____			
生年月日	平成	_____	年	_____
		_____	月	_____
			_____	日

				生

* この枠内は、主治医の方にご記入いただきしてください。

《出席停止期間》

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

上記の者は、下記の疾病により治療・療養し、感染の可能性がなくなりましたので
登校を許可します。

《疾病名》

（該当する疾病に○ または疾病名を入れてください。）

● 学校感染症 第2種

該当	疾病名	出席停止の基準
	インフルエンザ	発症後5日かつ解熱後2日が経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または5日間の適正な治療後
	麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
	風疹	発疹が消滅するまで
	流行性耳下腺炎	耳下腺等の腫脹が発現した後5日間を経過し、かつ全身状態が良好となるまで
	水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで

● その他の感染症

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名：

（ゴム印等）

医師名：

印

コピーを保健室に提出、原本は担任保管