

学校感染症治癒報告書

年 月 日

年 組 番 生徒名

保護者名（保護者自署）

下記の感染症に罹患後治癒し、医師より登校可能と判断されましたので報告します。

1 感染症名 該当する病名に☑をいれてください。

☐ インフルエンザ（ 型）	☐ 新型コロナウイルス感染症	
☐ 百日咳	☐ 麻疹（はしか）	
☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	☐ 風しん	☐ 水痘
☐ 咽頭結膜熱（プール熱）	☐ 結核	☐ 流行性角結膜炎
☐ 腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26 等）	☐ 急性出血性結膜炎	
☐ 髄膜炎菌性髄膜炎	☐ その他の感染症（ ）	

2 受診医療機関名 月 日（ ）受診

3 発 症 日 月 日（ ）

4 解 熱 日 月 日（ ）
(症状が軽快した日)

5 必要とされた療養期間 月 日（ ） ～ 月 日（ ）

6 登校可能日 月 日（ ）

7 その他
(医師からの特記事項等)

*証明書類添付（薬剤説明書のコピーなど、日付・名前・薬剤名が確認されたもの）

担任記入欄

出席停止期間 令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）