

治癒証明書

組 氏名

上記の者、下記の病名について治癒した事を証明する。

記

病名 (学校保険法に係る伝染病分類) (あてはまるものにチェックして下さい)

第一種

- エボラ出血熱
- クリミア・コンゴ出血熱
- ベスト
- マールブルグ熱
- ラッサ熱
- 急性灰白髄炎
- コレラ
- 細菌性赤痢
- ジフテリア
- 腸チフス及びパラチフス

第二種

- インフルエンザ
- 百日咳
- 麻疹
- 流行性耳下腺炎
- 風疹
- 水痘
- 咽頭結膜熱及び結核

第三種

- 腸管出血性大腸菌感染症
- 流行性角結膜炎
- 急性出血性結膜炎
- その他の伝染病
 - 溶連菌感染症
 - 伝染性紅斑
 - 手足口病
 - 異型肺炎 (マイコプラズマ)
 - 伝染性膿痂疹
 - ウィルス性胃腸炎
 - その他

()

日付 平成 年 月 日

医師名及び印

印