

登校許可証（医師控）

（医療機関控分）

学校長 様

学 校 名 町田市立 小学校
中学校

児 童 生 徒 氏 名 _____ (年 組)

疾患名(該当のものに○) 発症日： _____ 月 _____ 日

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. 百日咳 | 7. 結核 |
| 2. 麻疹(はしか) | 8. 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 3. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 9. 流行性角結膜炎 |
| 4. 風疹(三日ばしか) | 10. 急性出血性結膜炎 |
| 5. 水痘(水ぼうそう) | 11. 溶連菌感染症 |
| 6. 咽頭結膜熱(プール熱) | |

上記のものは症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので、_____ 月 _____ 日より
登校可能と判断します。

年 月 日

医療機関所在地
お よ び 名 称

医 師 名

印