

(医療機関控え)

三鷹市立小・中学校児童・生徒学校感染症及び流行性疾患登校許可証明書

登校許可年月日	令和 年 月 日
---------	----------

学校名・学年・組 (該当を○で囲む)	三鷹市立 小学校 中学校	年 組
児童・生徒名		
病名※及び発病年月日	令和 年 月 日	

※主治医様 ～記入について～
病名は、右記の疾病名番号をご記入ください。
ただし、「⑩その他の学校感染症」に該当する場合は、疾病名を記入してください。

交付 番号

令和 年 月 日

住所(TEL)

医療機関名

医師名

印

疾病名	
①	麻疹
②	風疹
③	水痘
④	流行性耳下腺炎
⑤	百日ぜき
⑥	咽頭結膜熱
⑦	流行性角結膜炎
⑧	溶連菌感染症
⑨	その他の学校感染症 学校において流行を広げる可能性がある感染症

太枠内は保護者が記入してください。

2010

----- き り と り -----

感染症及び流行性疾患登校許可証明書

登校許可年月日	令和 年 月 日
---------	----------

学校長 様

下記の者、主要症状消滅して感染の恐れがなくなったため登校しても差し支えないものと認めます。

学校名・学年・組 (該当を○で囲む)	三鷹市立 小学校 中学校	年 組
児童・生徒名		
病名※及び発病年月日	令和 年 月 日	

※主治医様 ～記入について～
病名は、右記の疾病名番号をご記入ください。
ただし、「⑩その他の学校感染症」に該当する場合は、疾病名を記入してください。

交付 番号

令和 年 月 日

住所(TEL)

医療機関名

医師名

印

三鷹市以外の医療機関での証明は自己負担となります。

太枠内は保護者が記入してください。

疾病名	
①	麻疹
②	風疹
③	水痘
④	流行性耳下腺炎
⑤	百日ぜき
⑥	咽頭結膜熱
⑦	流行性角結膜炎
⑧	溶連菌感染症
⑨	その他の学校感染症 学校において流行を広げる可能性がある感染症

2010