

証 明 書

第 _____ 学年 _____ 組 _____ 氏名 _____

保護者氏名 _____

上記の者、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 下記のとおり診断したことを証明いたします。

- | | | | |
|---|-------------|----|---------------|
| 1 | インフルエンザ | 9 | 流行性角結膜炎 |
| 2 | 百日咳 | 10 | 急性出血性結膜炎 |
| 3 | 麻疹 (はしか) | 11 | 伝染性紅班 |
| 4 | 流行性耳下腺炎 | 12 | 溶連菌感染症 |
| 5 | 風疹 | 13 | 手足口病 |
| 6 | 水痘 | 14 | マイコプラズマ肺炎 |
| 7 | 咽頭結膜熱 | 15 | その他 (_____) |
| 8 | 腸管出血性大腸菌感染症 | | |

※ ○印は、かかった病気です。

※ これらの病気は、医師が登校可能と証明するまで出席停止となります。

上記の者、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より登校して差し支えないことを証明いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 _____ 印

市立 _____ 学校長 様

※ 連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。