

証 明 書

第 学年 組 氏 名 _____

保護者氏名 _____

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 | 百日咳 | 9 | 急性出血性結膜炎 |
| 2 | 麻疹 (はしか) | 10 | 伝染性紅斑 |
| 3 | 流行性耳下腺炎 | 11 | 溶連菌感染症 |
| 4 | 風 疹 | 12 | 手足口病 |
| 5 | 水 痘 | 13 | マイコプラズマ肺炎 |
| 6 | 咽頭結膜熱 | 14 | その他 () |
| 7 | 腸管出血性大腸菌感染症 | | |
| 8 | 流行性角結膜炎 | | |

※ ○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は出席停止となります。

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

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。