

証明書

学年 組 氏 名

保護者名

上記の者、令和 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 | 流行性耳下腺炎 |
| 2 | 麻疹（はしか） | 10 | 急性出血性結膜炎 |
| 3 | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 11 | 伝染性紅斑 |
| 4 | 風疹 | 12 | 溶連菌感染症 |
| 5 | 水痘（みずぼうそう） | 13 | 手足口病 |
| 6 | 咽頭結膜熱（プール熱） | 14 | マイコプラズマ肺炎 |
| 7 | 腸管出血性大腸菌感染症 | 15 | 感染症胃腸炎（ノロウイルスを含む） |
| 8 | 髄膜炎菌性髄膜炎 | 16 | その他（ ） |

※○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、令和 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。

令和 年 月 日

主治医 _____ 印

朝霞市立朝霞第四中学校長 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。