

証 明 書

第__学年__組 氏 名_____

保護者氏名_____

下記の者、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 伝染性紅斑 |
| 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

新座市立 池田小学校長 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。