

# 証 明 書

第 学年 組 児童名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

上記の者、令和 年 月 日 下記の通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事を証明致します。

令和 年 月 日

医療機関名

主治医 \_\_\_\_\_ 印

新座市立石神小学校 様

\*連絡事項や、注意事項がありましたら記入して下さい。