

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