

証 明 書

第 _____ 学年 _____ 組 氏 名 _____

保護者名 _____

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 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

新座市立大和田小学校長 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。