

# 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. 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

朝霞市立朝霞第一小学校 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。