

証 明 書

第 _____ 学年 _____ 組 氏名 _____

保護者氏名 _____

上記の者、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 下記のように診断したことを証明いたします。

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 百日咳 | 9 流行性角結膜炎 |
| 2 麻疹（はしか） | 10 急性出血性結膜炎 |
| 3 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 11 溶連菌感染症 |
| 4 風疹 | 12 マイコプラズマ肺炎 |
| 5 水痘（みずぼうそう） | 13 手足口病 |
| 6 咽頭結膜熱（プール熱） | 14 伝染性紅斑 |
| 7 髄膜炎菌性髄膜炎 | 15 ヘルパンギーナ |
| 8 腸管出血性大腸菌感染症 | 16 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

志木市立志木第四小学校長 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。