

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. インフルエンザ | 9. 咽頭結膜熱 |
| 2. 百日咳 | 10. 流行性角結膜炎 |
| 3. 麻疹（はしか） | 11. 急性出血性結膜炎 |
| 4. 風疹 | 12. 伝染性紅斑 |
| 5. 水痘（水ぼうそう） | 13. 溶連菌感染症 |
| 6. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 14. 手足口病 |
| 7. 急性灰白髄炎 | 15. マイコプラズマ肺炎 |
| 8. ウイルス性肝炎 | 16. 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| | 17. 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。