

# 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。