

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 | |

※ 0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します。

平成 年 月 日

主治医

印

朝霞市立朝霞第四小学校長 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。