

主治医様

証明書の発行について（お願い）

学校保健安全法第 19 条、学校保健安全法第 18～19 条により、学校感染症に罹患している生徒は出席停止となります。お手数ですが、下記の疾病証明書に必要事項をご記入のうえ、当該生徒にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

関西福祉大学金光藤蔭高等学校長

年 月 日

疾病証明書(学校感染症用)

医療機関名称 _____

担当医師名前 _____ 印

【患者】

名前 _____ (年 組)

- 上記の者、下記○印の感染症により、 月 日 ~ 月 日までの間、自宅療養を要します。
- 上記の者、下記○印の感染症により自宅療養中でしたが、 月 日より登校することを許可します。
- 上記の者、下記○印の感染症の疑いにより、 月 日 ~ 月 日までの間、登校を禁止します。

第一類	エボラ出血熱	クリミア・コンゴ出血熱	南米出血熱	ペスト	マールブルグ熱	ラッサ熱
	急性灰白髄炎(ポリオ)	ジフテリア	重症急性呼吸器症候群 ※病原体が SARS コロナウイルス限定		鳥インフルエンザ ※A 型インフルエンザウイルス・血清亜型 H5N1	
第二類	インフルエンザ ※鳥インフルエンザ(H5N1)を除く		百日咳	麻疹	流行性耳下腺炎	
	風疹	水痘	咽頭結膜熱	結核	髄膜炎菌性髄膜炎	
第三類	コレラ	細菌性赤痢	腸管出血性大腸菌感染症		腸チフス	パラチフス
	流行性角結膜炎		急性出血性結膜炎			
	その他感染症	感染性胃腸炎	診断名			

連絡事項

上記の通り証明します。