

受診証明書

大阪府立堺工科高等学校 定時制の課程

年 組 番 氏名

病名

該当するものに○をつけてください。

- ()インフルエンザ__型 ()麻疹 ()風疹
()水痘 ()百日咳 ()咽頭結膜熱 (プール熱)
()結核 ()溶連菌感染症 ()流行性結膜炎
()流行性耳下腺炎 ()伝染性膿痂疹 (とびひ)
()感染性胃腸炎 (ノロウイルスなどによるもの・・・確定診断を要しない。)
()その他 ()

療養期間

平成 年 月 日 () から

平成 年 月 日 () まで

学校への連絡事項等ありましたらご記入ください

上記の通り証明します

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印