

主治医様

年 月 日  
大阪府立生野高等学校

平素より、本校生徒を御高診いただきありがとうございます。  
大阪府立学校におきましては、学校保健安全法第19条及び同施行規則第18条により、学校感染症に罹患またはその疑いがある場合について、出席停止の措置をとることが定められております。  
つきましては、お手数ですが、下記証明書に必要事項をご記入いただき、本校生徒にお渡しください  
ますよう、よろしく願いいたします。

記

## 学校感染症罹患証明書

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

\* 下記疾患に○をおつけください。

1. インフルエンザ (A型・B型・型不明)	
2. 百日咳	3. 麻しん
4. 流行性耳下腺炎	5. 風しん
6. 水痘	7. 咽頭結膜熱
8. 結核	9. 髄膜炎菌性髄膜炎
10. その他 ( )	

上記疾患で 年 月 日 ~  
年 月 日 まで ( 日間)

静養中であったが、主要症状が消退して、もはや感染のおそれがないものと認めます。

年 月 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ ㊞