

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、よろしくお願いいたします。

記

学校感染症罹患証明書

年 組 番 名前

* 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. 新型コロナウイルス感染症 |
| ※インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症については当面の間不要とします | |
| 3. 百日咳 | 4. 麻疹 |
| 5. 流行性耳下腺炎 | 6. 風疹 |
| 7. 水痘 | 8. 咽頭結膜熱 |
| 9. 結核 | 10. 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 11. 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

㊞