主 治 医 様

大阪府立淀川工科高等学校
校 長　　西 尾　　典 之

日頃より、学校保健に関しましてご指導、ご協力を賜りお礼申しあげます。
このたび学校感染症に罹患した生徒について、出席停止として扱うために証明書を必要としております。
ご多用のところ恐縮ですが、下記にご記入のうえ生徒にお渡しくださいますようお願いいたします。

系　　年　　組　　番 名前

（名前等は各自記入し、医師の証明をいただく。学校への提出は、医師の登校許可を得てから担任へ）

学 校 感 染 症 罹 患 証 明 書

＜ 主な学校感染症 ＞

第一種感染症　（ 病名　　）

第二種感染症　1. ~~インフルエンザ（A型 ・ B型）~~※ 1のみ別様式にて保護者が記入 R4. 12 月より
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

第三種感染症　1. 腸管出血性大腸菌感染症
2. 流行性角結膜炎
3. 急性出血性結膜炎
4. その他（　　）

＜ 登校してはいけない期間 ＞

令和　　年　　月　　日（　　）～ 令和　　年　　月　　日（　　）

＜ 備 考 ＞

令和　　年　　月　　日

※担任記入欄（ 確認記入後保健室へ ）
出席簿出席停止期間
月　　日 ～　　月　　日

医療機関名
住　　所
医 師 名