

証 明 書

第 学年 組 氏名

保護者名

上記の者、平成 年 月 日 下記のとおり診断したことを証明いたします。

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1 百日咳 | 8 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| 2 麻疹（はしか） | 9 急性出血性結膜炎（アポロ病） |
| 3 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 10 伝染性紅斑（リンゴ病） |
| 4 風疹 | 11 溶連菌感染症 |
| 5 水痘（みずぼうそう） | 12 手足口病 |
| 6 咽頭結膜熱（プール熱） | 13 マイコプラズマ肺炎 |
| 7 腸管出血性大腸菌感染症 | 14 その他（ ） |

※ ○印はかかった病気です。

※ これらの病気は、医師が登校可能と証明するまで出席停止となります。

上記の者、平成 年 月 日 より登校して差し支えないことを証明いたします。

平成 年 月 日

主治医 印

朝霞市立朝霞第四中学校長 様

※連絡事項や、注意事項がありましたら記入してください。