

# 証 明 書

年 組 氏 名

保護者名

上記の者、令和 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. 流行性角結膜炎（はやり目） |
| 2. 麻疹（はしか）       | 9. 急性出血性結膜炎      |
| 3. 流行性耳下腺炎（おたふく） | 10. 伝染性紅斑（りんご病）  |
| 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、令和 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。

令和 年 月 日

主治医

印

志木市立宗岡小学校長 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。