

## 証明書（学校感染症用）記入のお願い

主治医様

平素は本校の学校保健にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
ご多忙中のところ恐縮ですが、本校生徒の身体状況（病状など）を下記証明書にてご報告をよろしくお願い申し上げます。

常翔学園中学校・高等学校 校長 北尾 元一

## 証明書

常翔学園 中学校・高等学校 年 組 番

氏名 \_\_\_\_\_

### <感染症の種類>

※該当する疾患について○で囲んでください。

<input type="checkbox"/> インフルエンザ( 型)	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか)	<input type="checkbox"/> その他の感染症
<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	( )
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	

上記疾患のため

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 から \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日まで

療養が必要であったことを認めます。

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印