

治癒証明書

____年 ____組 ____番 生徒氏名 _____

上記の者に対し、下記の通り証明いたします。

※ ○印は、かかった病気です。

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. インフルエンザ | 10. 流行性角結膜炎 |
| 2. 百日咳 | 11. 流行性出血性結膜炎 |
| 3. 麻疹（はしか） | 12. 伝染性紅斑（りんご病） |
| 4. 風疹 | 13. 溶連菌感染症 |
| 5. 水痘 | 14. 手足口病 |
| 6. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 15. マイコプラズマ肺炎 |
| 7. 急性灰白髄炎 | 16. 流行性嘔吐下痢症 |
| 8. ウイルス性肝炎 | （ノロウイルスによる胃腸炎など） |
| 9. 咽頭結膜熱（プール熱） | 17. その他（ _____ ） |

出席停止期間

平成____年____月____日 ~ 平成____年____月____日

西武台新座中学校・西武台高等学校長様

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名 _____ 印

※ この証明書は出席停止の病名と期間を把握するためのものですので、医師の了解を得て、診断をもとに保護者の方が記入されても結構です。その場合、受診された医療機関名（住所・電話番号も含む）を必ず記入してください。

保護者氏名 _____ 印