

※こちらをご使用ください

# 証 明 書

大谷中高等学校 中・高 年 組 番氏名 \_\_\_\_\_

〈感染症の種類〉 該当疾患に○をつけてください。

第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア 重症急性呼吸器症候群(病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る) 中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る) 特定鳥インフルエンザ(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六条 第三項第六号に規定する特定鳥インフルエンザ)
第2種	インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く)、百日咳、麻疹 流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第3種	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス 流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他の感染症( )

① 出席停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

② 登校可能日 月 日

③ 意見欄 (ア)登校禁止 (イ)プール禁止

④ その他 【 \_\_\_\_\_ 】

医療機関名

医師名または保護者名

印

学校内回覧(回覧後は保健室へ)

証明書提出日 月 日

