

※こちらをご使用ください

証 明 書

大谷中学・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、 新型コロナウイルス感染症 (病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス (令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る) であるものに限る。次条第二号チにおいて同じ) 結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
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

証明書提出日 20 年 月 日

※保護者が記入・押印する場合は、検査結果や病院受診の領収書等のコピーを裏面に添付の上、ご提出ください。

学内回覧 (回覧後は保健室へ)



貼付欄