

中・高 年 組 番	
受診者氏名	
保護者氏名	

(注) 担任または本人が記入してください。

証 明 書

上記の者、下記のとおり診断したことを証明する。

記

1. 学校伝染病等によるもの（医師が登校可能と証明するまで出席停止）

1 ()	インフルエンザ	9 ()	咽頭結膜炎
2 ()	百日咳	10 ()	流行性角結膜炎
3 ()	麻疹	11 ()	流行性出血性結膜炎
4 ()	風疹	12 ()	伝染性紅斑
5 ()	水痘	13 ()	溶連菌感染症
6 ()	流行性耳下腺炎	14 ()	手足口病
7 ()	急性灰白髄炎	15 ()	マイコプラズマ肺炎
8 ()	ウィルス性肝炎	16 ()	流行性胃腸炎
		17 ()	

(注) レ点(または○)は、かかった病気です。

上記の者、当院にて平成 年 月 日より平成 年 月 日まで加療中でありましたが、診断の結果平成 年 月 日より登校して差し支えないことを証明する。

2. 傷病によるもの（1週間以上通院または入院：授業中の傷病で出席扱いとなるもの）

診断名： _____

上記の者、当院にて平成 年 月 日より平成 年 月 日まで加療中でありましたが、今後治療のために通院しなくてもよいことを証明する。

平成 年 月 日

日本大学豊山中学校・高等学校長 殿

病 院 名

医 師 名

印