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　令和　　年　　月　　日より 令和　　年　　月　　日　まで加療中でありましたが，診断の結果 令和　　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　令和　　年　　月　　日より 令和　　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。

令和　　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