

証 明 書 (学校感染症用)

No. _____

住 所 _____

氏 名 _____

平成 年 月 日生

感染症の種類

第 一 種	エボラ出血熱 マールブルグ病 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) 鳥インフルエンザ (病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1に限る)	クリミア・コンゴ出血熱 ラッサ熱 痘そう	ペスト 急性灰白髄炎 南米出血熱
第 二 種	インフルエンザ (鳥インフルエンザ (H5N1を除く)) 百日咳 風疹 結核 髄膜炎菌性髄膜炎	麻疹 水痘	流行性耳下腺炎 咽頭結膜熱
第 三 種	コレラ 腸チフス 急性出血性結膜炎	細菌性赤痢 パラチフス その他の感染症 ()	腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎

意 見 欄

登校 (出席) 禁止

プ ール 禁 止

そ の 他

期 間

自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関住所 _____

医 師 名 _____ (印)

N ※ 該当疾患・意見欄に○印を付けて下さい。