

証 明 書 (学校感染症用)

No. \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 年 月 日生

感染症の種類

第 一 種	エボラ出血熱                      クリミア・コンゴ出血熱                      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                              痘そう                                              南米出血熱 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)
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                                              麻疹                                              流行性耳下腺炎 風疹                                              水痘                                              咽頭結膜熱 結核 髄膜炎菌性髄膜炎
第 三 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 (                                              )

意 見 欄

登校 (出席) 禁止

プ ール 禁 止

そ の 他

期 間

自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日

平成 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。