

証明書（学校伝染病用）

患者氏名

住所

（奈良県立高田高等学校 年 組）

- 一、病名
- 第一類 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘瘡、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（SARSコロナウィルス）、鳥インフルエンザ（H5N1型）、新感染症、指定感染症
- 第二類 インフルエンザ（鳥インフルエンザを除く）、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
- 第三類 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、その他の伝染病（ ）

- 二、意見
- ・登校（出席）禁止
 - ・その他

三、期間 自 年 月 日 ～ 至 年 月 日

上記の通り証明いたします

平成 年 月 日

医療機関住所

医師名

印

※該当病名・意見欄に○をつけて下さい。