

回 覧	校長	教頭		教務	保健主事	養護教諭		学年主任	担任

学校感染症罹患証明書

年 組 番 氏名

学校感染症の罹患（疑いを含む）を認めます。

病名； _____

出席停止期間； 年 月 日から 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師氏名 印

または 保護者氏名 印

※ 保護者記入の場合は、医療機関の受診を証明できるもの（調剤説明書のコピー等、本人の氏名と日付が入っているもの）を添付してください。

出席停止となる学校感染症

インフルエンザ・麻疹（はしか）・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・風疹（三日はしか）
結核・水痘（水ぼうそう）・咽頭結膜熱（プール熱）・百日咳・流行性角結膜炎
その他の感染症