

担当医師殿

近畿大学附属高等学校・中学校

## 学校感染症に関するお願い

ご多忙中恐縮ですが、下記の生徒につきまして、ご高診のうえ結果を証明していただきますようお願い申し上げます。

年 組 番氏名

出席停止となる病名を○で囲み期間をご記入ください。

インフルエンザ	コレラ	溶連菌感染症
百日咳	細菌性赤痢	手足口病
麻疹（はしか）	腸管出血性大腸菌感染症	ヘルパンギーナ
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	腸チフス	伝染性紅斑（りんご病）
風疹	パラチフス	マイコプラズマ感染症
水痘（みずぼうそう）	流行性角結膜炎	流行性嘔吐下痢症 （感染性胃腸炎）
咽頭結膜熱（プール熱）	急性出血性結膜炎	
結核		その他の感染症
髄膜炎菌性髄膜炎		

出席停止期間

自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印