

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ください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○で囲み出席停止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
咽頭結膜熱（プール熱）	急性出血性結膜炎	（感染性胃腸炎）
結核		その他の感染症
髄膜炎菌性髄膜炎		

出席停止期間
自 年 月 日 ～ 至 年 月 日

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印