

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