

担当医師 殿

福岡県立ひびき高等学校長  
(公印省略)

「学校感染症に関する医師の証明書」への記入のお願い

このたび本校生徒より、学校感染症罹患の報告を受けました。学校保健安全法第19条にもとづき、本人の休養と他者への蔓延、流行を防ぐため、出席停止の措置をとりたいと思いますので、たいへんお手数ですが、下記証明書にご記入くださいますようお願いいたします。

ただし、症状等により、感染のおそれがないと認められる場合は、この限りではありません。

.....

学校感染症に関する医師の証明書

1 氏名 \_\_\_\_\_

2 感染症の種類 (該当するものの【 】に○をご記入願います。)

第1種	【 】( )※病名をご記入願います
	【 】インフルエンザ      【 】百日咳      【 】麻疹
第2種	【 】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
	【 】コレラ      【 】細菌性赤痢      【 】腸管出血性大腸菌感染症
第3種	【 】腸チフス・パラチフス      【 】流行性角結膜炎      【 】急性出血性結膜炎
	【 】その他の感染症 ( )※病名をご記入願います

3 出席停止を必要とする期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

