

診断証明書

(インフルエンザ以外の学校感染症用)

京都翔英高等学校

年 組 番

氏名 _____

生年月日 年 月 日生

<学校感染症>

該当疾患に○印をつけてください。

・ 感染性胃腸炎	・ 溶連菌感染症	・ マイコプラズマ感染症
・ 流行性角結膜炎	・ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	・ 水痘(みずぼうそう)
・ 麻疹(はしか)	・ 風疹(三日ばしか)	・ 手足口病
・ その他 ()		

治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

登校を許可する日

令和 年 月 日から登校を許可します。

京都翔英高等学校長 殿

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)