出席停止証明書

四国中央市立　 　 　 学校

　　　年　　　組　　　氏　名

上記の者は、下記の学校感染症のため

　　　　自　　　　年 月　　　日

　　　　至　　　　年　　　月　　　日　　 　日間の休養を必要と認めます

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校において予防すべき感染症 | | 該当感染症(〇印） |
| 第二種 | 百日咳 |  |
| 麻しん |  |
| 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |  |
| 風しん |  |
| 水痘（みずぼうそう） |  |
| 咽頭結膜熱 |  |
| 結核 |  |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 |  |
| 第三種 | 流行性角結膜炎 |  |
| 急性出血性結膜炎 |  |
| その他の感染症 | 感染性胃腸炎 |  |
| マイコプラズマ感染症 |  |
| 溶連菌感染症 |  |
| 伝染性紅斑（りんご病） |  |
| 手足口病 |  |
| その他 |  |

年　　　月　　　日

　　　　　　医療機関名

　　　　　　医　師　名