

証明書（学校感染症用）

氏名
住所

（奈良県立二階堂高等学校 年 組）

- 一. 病名
- 第一種 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア
重症急性呼吸器症候群
（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）
中東呼吸器症候群
（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る）
特定鳥インフルエンザ
- 第二種 インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く）、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
- 第三種 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、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（ ）

- 二. 意見
- ・登校（出席）禁止
 - ・その他

三. 期間 自 年 月 日 ～ 至 年 月 日

上記の通り証明いたします

令和 年 月 日

医療機関住所
医師名

印

※該当疾患・意見欄に○をつけて下さい。