

証明書(学校感染症用)

患者氏名

住所

(奈良県立高田高等学校 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。)及び特定鳥インフルエンザ(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第六条第三項第六号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。)
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、麻疹、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。

年 月 日

医療機関住所

医 師 名

印

※該当病名・意見欄に○をつけて下さい。